

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

N°

THÈSE

352

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marcel RANCOULE

*Médecin légiste de l'Université de Paris
Interne des Asiles de la Seine*

Né à Perpignan, le 15 novembre 1911

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TROUBLES PSYCHO-SENSORIELS
DANS LE
SYNDROME DE PARKINSON
ENCÉPHALITIQUE

PRÉSIDENT : M. HENRI CLAUDE, *professeur*

CAHORS

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE A. COUESLANT
(Personnel intéressé)

1937

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

N°

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marcel RANCOULE

Médecin légiste de l'Université de Paris
Interne des Asiles de la Seine

Né à Perpignan, le 15 novembre 1911

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TROUBLES PSYCHO-SENSORIELS
DANS LE
SYNDROME DE PARKINSON
ENCÉPHALITIQUE

PRÉSIDENT : M. HENRI CLAUDE, *professeur*

CAHORS
IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE A. COUESLANT
(Personnel intéressé)

—
1937

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BÉNARD Henri. Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON Justin. Hydrologie.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BULLIARD.... Histologie.
 CATHALA..... Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY..... Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD.... Parasitologie.
 GASTINEL.... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DE GENNES.. Pathologie médicale.
 GAYET..... Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU... Pathologie médicale.
 HALPHEN.... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HUGUENIN... Anatomie pathologique.
 JOANNON..... Hygiène.
 LACOMME.... Obstétrique.
 LANTUÉJOUL. Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF..... Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.. Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et psychiatrie.
 MÉNÉGAUX .. Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET .. Pathologie médicale.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN.... Pathologie médicale.
 OBERLING... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET..... Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÉNÈQUE.... Pathologie chirurgicale.
 TROISIER ... Pathologie expérimentale.
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 VIGNES..... Obstétrique.
 WILMOTH.... Pathologie chirurgicale

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET.... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUÉNIOT.... Obstétrique.
 LARDENNOIS. Pathologie chirurgicale.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE... Parasitologie.
 PHILIBERT... Bactériologie.
 VAUDESCAL.. Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.....	} Clinique chirurgica
AUBERTIN		BROCQ	
BRULÉ		CADENAT.....	
CHABROL		GATELLIER....	
CHIRAY		HEITZ-BOYER .	
DONZELOT.....		MOURE.....	
DUVOIR		QUENU	
LIAN.....		SCHWARTZ	
PASTEUR-VALLERY- RADOT.....		VELTER.....	
SÉZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
LE LORIER.....	
LÉVY-SOLAL...	
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.....	Education physique.
LEDoux-LEBARD.....	Radiologie clinique
PHILIBERT, agrégé.....	Microbiologie.
RUPPE.....	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ.....	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE.

A MA MÈRE.

A MA FEMME.

A TOUS LES MIENS.

A MES AMIS.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI EY,

Médecin-Chef des Asiles.

« Vous nous avez toujours aidé de vos conseils, suggéré le sujet de cette thèse, veuillez trouver ici un bien faible témoignage de toute notre reconnaissance. »

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE,

Professeur de Clinique des maladies mentales,
Membre *de* l'Académie de Médecine.

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MES MAÎTRES DANS LES ASILES DE LA SEINE :

MONSIEUR LE DOCTEUR MIGNOT,

MONSIEUR LE DOCTEUR CHATAGNON,

MADemoiselle LE DOCTEUR PASCAL,

*En les priant de vouloir bien trouver ici
l'expression de ma respectueuse reconnais-
sance.*

A

MONSIEUR LE DOCTEUR GOURIOU,

MONSIEUR LE DOCTEUR BEAUDOUIN,

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMAY,

MONSIEUR LE DOCTEUR CAPGRAS,

Médecins-Chefs des Asiles de la Seine.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE TOULOUSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CESTAN, *in memoriam*.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MERIEL.

MONSIEUR LE PROFESSEUR DAMBRIN.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BENSAUDE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN,

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND BERNARD, *in memoriam*.

MONSIEUR LE DOCTEUR RAVAUT, *in memoriam*,

MONSIEUR LE DOCTEUR WEILL-HALLE.

MONSIEUR LE DOCTEUR LEVANT.

A MES MAÎTRES DE L'INSTITUT MÉDICO-LÉGAL.

A TOUS MES MAÎTRES.

Introduction

Nous n'avons pas pour but dans ce travail d'étudier les diverses modalités cliniques de l'Encéphalite Epidémique, ni même d'en approfondir toutes les séquelles psychiques. Nous nous proposons seulement de faire ressortir la fréquence des troubles psycho-sensoriels dans l'Encéphalite Epidémique chronique et essentiellement dans la forme parkinsonienne que revêt habituellement celle-ci.

Il ne nous a pas été possible d'établir une statistique : le nombre des malades qui nous fut accessible étant trop restreint. Ces malades ont tous été pris dans des services d'asiles et le nombre de ceux qui présentèrent des troubles psycho-sensoriels est sensiblement égal au nombre de sujets, parkinsoniens encéphalitiques indéniables, que nous avons pu examiner. Cette constatation paraît bien en faveur de la croyance que nous avons en la fréquence clinique de ces troubles, croyance justifiée d'ailleurs par le grand nombre de cas déjà publiés dans la littérature médicale tant française qu'étrangère.

Notre étude se limitera donc aux troubles psycho-sensoriels des parkinsoniens encéphalitiques, qu'ils se présentent sous l'aspect d'hallucinose ou d'activité hallucinatoire, c'est une différence sur laquelle nous reviendrons par la suite en discutant nos constatations cliniques. Mais par contre, nous avons exigé chez tous nos malades les signes cliniques d'un parkinsonisme net et d'étiologie encéphalitique certaine, essayant ainsi de montrer que ces perturbations psycho-sensorielles sont la traduction psychiatrique de lésions méso-céphaliques qui se révèlent neurologique-

ment par les troubles parkinsoniens du tonus et de l'automatisme. Les encéphalitiques chroniques ne sont pas tous parkinsoniens, aussi avons-nous ajouté l'observation d'une encéphalitique non parkinsonienne qui présentait des phénomènes hallucinatoires et oniriques. M. Lhermitte n'écrivait-il pas : « Ces troubles psycho-sensoriels ne sont rien d'autre que l'expression d'une perturbation de la fonction du sommeil, en d'autres termes ils peuvent être regardés comme l'équivalent de la narcolepsie. Leur origine se rattache aussi à la lésion mésocéphalique dont ils constituent l'expression psychiatrique. »

Les troubles que nous allons étudier ont des caractères oniriques souvent très accusés et cela n'est pas pour nous étonner si on les considère comme des « équivalents de la narcolepsie ». Ils sont aussi comparables parfois aux phénomènes observés dans l'ivresse mescalinique, si bien étudiée par M. Marinesco et son élève Sava (Thèse de Bucarest, 1929). L'importance de cette comparaison nous paraît assez grande et nous y reviendrons fréquemment au cours de notre exposé, de même que sur l'analogie de certains états hallucinatoires encéphalitiques avec les troubles décrits par MM. Lhermitte et van Bogaert sous le nom d'hallucino-se pédonculaire. Dans les trois cas, infection, intoxication, lésion anatomique ou histologique, on observe des phénomènes psychiatriques semblables ; dans les trois cas on trouve une atteinte élective de la sphère visuelle. Or, au point de vue anatomique, les voies optiques sont en relations avec les voies régulatrices du tonus et de l'équilibre, ce serait là un argument de plus, s'il en était besoin, en faveur de l'intérêt neuro-psychiatrique d'une étude approfondie des phénomènes hallucinatoires.

Un bref exposé historique précédera la description et la discussion des faits cliniques que nous avons pu constater. Nous aborderons ensuite les relations des états hallucinatoires encéphalitiques et du problème général des hallucinations et nous nous estimerons grandement récompensé si nous pouvons, par notre modeste contribution, apporter quelque argument à cette question si controversée.

Qu'il nous soit cependant permis avant tout de remercier M. le Dr Henri Ey qui a bien voulu nous aider de ses conseils et faciliter notre tâche, après nous en avoir fourni le thème.

Nous n'oublierons jamais la bienveillance que nous ont toujours montrée nos maîtres des asiles de Ville-Evrard et Maison-Blanche.

Pour exprimer à tous notre reconnaissance nous aurions désiré pouvoir faire une œuvre plus digne d'eux.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Il est certain que bien des cas d'encéphalite furent observés au cours des siècles et point n'est besoin pour le croire de remonter à Hippocrate, à Cœlius Aurelianus ou Arétée de Cappadoce. Nous ne nous arrêterons pas plus aux écrits de Albrecht de Hildesheim (1695. *De febre lethargica in strabismus utriusque oculi desinente*), à la Schlafkrankheit délirante de Tubingue (1712), aux maladies de Dubini (1846), de Gerlier (1887) ou à la Nona (1889-1890), pas même aux périodes épidémiques de 1916 et années suivantes ; mais nous allons essayer de rassembler les idées successives des auteurs sur les séquelles hallucinatoires de l'Encéphalite épidémique.

Seuls, au début, les troubles psychiques de la période aiguë frappèrent les divers auteurs. Ce sont eux sur lesquels insistèrent MM. TRUELLE et PETIT dans leur rapport au congrès de Quimper en 1922.

L'année suivante, MM. FRIBOURG-BLANC et BRIAND font ressortir l'importance de l'onirisme comme signe de début de la maladie. A la même époque, M. LHERMITTE présentant un syndrome de la calotte pédonculaire et M. VAN BOGAERT, en 1924, à propos d'un syndrome inférieur du noyau rouge, attiraient l'attention sur les troubles psycho-sensoriels qui accompagnent les lésions méso-céphaliques. M. LHERMITTE écrivait : « Il s'agit de phénomènes presque exclusivement visuels dont la parenté avec l'état de rêve

est saisissante. De même que dans le rêve physiologique, le sujet assiste au déroulement d'images dont l'étrangeté et l'incohérence ne suscitent ni étonnement ni réaction.

Mais qui dit rêve exprime par ce mot même un trouble de la fonction hypnique. Or l'on sait que nombre de lésions du pédoncule cérébral et de la base du cerveau se traduisent précisément par des perturbations considérables de la fonction protectrice du sommeil et que, aussi bien que l'agrypnie, que l'hypersomnie, le rêve éveillé, les hallucinations du type hypnagogique ou mieux définies peuvent être comptées parmi les symptômes que ces lésions déterminent... Les très nombreux faits d'encéphalite léthargique plaident dans le même sens en montrant l'extrême fréquence des états d'hallucinoïse visuelle qui s'intriquent avec les crises de narcolepsie ou les remplacent... ».

En 1925, M. VALIÈRE-VIALEIX consacra une importante thèse fort bien documentée à l'étude des troubles oculaires sensoriels et des lésions des voies optiques dans les encéphalites aiguës non suppurées et en particulier l'Encéphalite épidémique.

Cette même année, LEYSER publia le cas d'un homme de 27 ans qui présentait après une encéphalite un syndrome hallucinatoire auditif et un état onirique anxieux, durant lesquels un délire polymorphe et mobile s'installa et persistait par la suite.

Dans l'*Encéphale* de 1926, au cours d'un article sur les hallucinations visuelles des affections organiques du cerveau, M. VAN BOGAERT prenait précisément comme première observation une malade présentant un syndrome parkinsonien encéphalitique et il insistait à la fin de son article sur les hallucinations lilliputiennes si bien étudiées par M. LEROY. Ce même auteur écrivait dans la *Revue neurologique* qu'il serait du plus haut intérêt que des recherches soient faites « sur le contenu des hallucinations liées à l'évolution des syndromes neurologiques de l'encéphalite épidémique. »

MM. J. LHERMITTE et TOURNAY, à la réunion neurologique annuelle de 1927, arrivaient à conclure, dans leur rapport, que « l'onirisme hypnagogique n'est que l'équivalent actif de la narcolepsie », montrant ainsi l'importance de l'onirisme encéphalitique, sur lequel MM. J. FROMENT et LARRIVÉ firent de fort intéressantes remarques lors de la discussion du rapport précédent.

Dans un premier article, en 1927 également, M. H. STECK étudia les états hallucinatoires post-encéphalitiques, et il insistait sur les caractères des syndromes délirants : absurdité, fantastique, polymorphisme, incohérence, faisant de ces états des délires de type strictement paranoïde. Il devait, en 1931, publier cinq

observations de parkinsoniens qui présentaient des crises oniriques analogues à celles que nous étudions.

A cette même époque (1927), le livre de M. ROUHIER sur le Peyotl remettait en vogue la question des hallucinations colorées auditivo-visuelles. En même temps (dans le *Journal de Neurologie et Psychiatrie*), M. VAN BOGAERT publiait un cas d'hallucinose chez un sujet qui avait des crises oculogyres verticales et latérales.

L'année suivante, en 1928, avec M. DELBEKE, il publiait un article sur le problème général des crises oculogyres au cours de l'encéphalite épidémique chronique : dans cette étude les observations I et III ont des troubles psycho-sensoriels nets.

C'est aussi en 1928 que MM. ALAJOUANINE et GOPCEVITCH observèrent des faits semblables et présentèrent « un cas d'hallucinose pré-hypnique chez une parkinsonienne post-encéphalitique ». Les visions s'accompagnaient de terreur et sont en tout point comparables aux hallucinations pédonculaires décrites par MM. LHERMITTE et VAN BOGAERT.

Cette année là également, MM. BARUK et MEIGNANT soulignèrent l'importance pathogénique de tels états et leurs caractères oniriques.

Dès lors nombre d'observations furent rapportées, nous ne pouvons qu'en citer quelques-unes.

MM. SCHIFF et COURTOIS, dans l'année même, le 24 mai, présentèrent à la Société de Psychiatrie un nouveau cas d'hallucinose fantastique de nature encéphalitique. Ils insistèrent sur le caractère archaïque et fantastique du délire. L'année suivante, MM. H. CLAUDE, TINEL et Mme MICHON publièrent un cas semblable ; MM. BARUK et MEIGNANT deux autres. M. COURTOIS, avec J.-O. TRELLES d'une part et LACAN d'autre part, en présenta aussi deux nouvelles observations.

A l'étranger, en 1929, SAVA faisait sa thèse sur l'intoxication mescalinique. En Allemagne, LEONHARDT publiait en 1930 un important travail sur les états de sommeil partiel avec hallucinations au cours du parkinsonisme. Dans cette étude se trouve l'observation d'une jeune femme de 38 ans ainsi rapportée par MM. CLAUDE et EY : « Elle eut une encéphalite en 1920, dans les années qui suivirent s'installa progressivement un syndrome parkinsonien avec crises oculogyres. En février 1930, elle présenta des crises hallucinatoires nocturnes. Elle voyait des personnages habillés de blanc et de noir qui lui parlaient, lui ordonnaient de se suicider. Ils lui enfonçaient des aiguilles dans le bras. Elle voyait des animaux, éprouvait des égratignures et des morsures

de rats. C'était, dit la malade, un « sommeil hypnotique ». Au réveil elle voyait bien que ce n'était pas réel. Le 15 mars 1930, elle entre à l'asile. On nota alors un état d'anxiété nocturne avec sentiment d'étrangeté : elle avait l'impression d'avoir une grosse tête, des dents très longues. Elle présentait un état d'onirisme typique. Elle racontait qu'elle avait vu une fois dans son sommeil un serpent géant dans le ciel. La nuit de Noël elle aurait eu un état de ce genre, mais alors un véritable rêve. Au contraire, ce qu'elle éprouve maintenant est distinct « d'un véritable rêve ». C'est un « sommeil hypnotique » où les images sont plus nettes, plus vives. Ce n'était certainement pas un rêve. Cet état se renouvelle chez cette malade dans un état de demi-sommeil, jamais à l'état de veille on n'observe quelque chose de semblable. Tous les soirs les mêmes phénomènes se répètent. Le 6 avril 1930, étant depuis plusieurs jours sous l'action de l'atropine-scopolamine, elle ne présente plus de sommeil hypnotique. Elle ne croit pas d'ailleurs que ce soit l'action du médicament qui fasse cesser ces sommeils hypnotiques, mais parce que son mari, dont elle est séparée et qui l'hypnotise, ne peut pas l'atteindre dans sa nouvelle salle... En revanche, on note un curieux phénomène, c'est que le soir, si on lui fait regarder dans un verre vide, elle voit des quantités d'images visuelles vives mais irréelles. Il s'agit d'illusions visuelles très esthétiques, très colorées, des sphères, des figures qui se transforment, s'épanouissent, changent constamment de forme et de couleur. Si on cesse l'atropine-scopolamine, les sommeils hypnotiques réapparaissent. »

Cette observation nous a paru d'un grand intérêt tant au point de vue descriptif qu'au point de vue des possibilités thérapeutiques qui y sont envisagées. En effet, comme l'a écrit M. G. PETIT (*Remarques critiques de méthodologie*, Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, 1922), « en Psychiatrie le fait psychologique possède une valeur médicale secondaire et doit céder le pas, surtout pour la thérapeutique, au fait organique qui le conditionne et qui constitue son véritable substratum ».

En 1930, MM. HEUYER et LE GUILLANT présentèrent, à la Société de Psychiatrie, un malade médico-légal qui avait des phénomènes hallucinatoires surtout nocturnes. MM. DUPOUY et PICHARD, en 1931, montrèrent, à la Société médico-psychologique, un autre cas de syndrome hallucinatoire post-encéphalitique et ils mirent surtout en relief le parallélisme qui existait chez ce malade entre les crises hallucinatoires et la reprise ou la recrudescence des signes neurologiques.

L'année suivante, MM. MARINESCO et NICOLESCO, dans la *Revue*

neurologique, exposèrent un cas de parkinsonisme avec crises oculogyres et hallucinations colorées. M. COURTOIS et Mme Y. ANDRÉ publièrent l'observation d'un délire hallucinatoire survenu chez un parkinsonien encéphalitique. Et M. J. LHERMITTE écrivait dans son article sur l'hallucinoze pédonculaire : « Il est légitime de se demander si des lésions évoluant dans la même zone que celles qui sont à l'origine des sommeils morbides, ne seraient pas capables de déterminer, elles aussi, des modifications de la fonction hypnique, mais caractérisées alors non point par le sommeil tel qu'on l'entend communément, mais par son composant actif, l'activité onirique. Et ceci d'autant plus que nous savons aujourd'hui, que plus subtils que l'expérimentation, les processus pathologiques peuvent réaliser de véritables dissociations de la fonction hypnique et engendrer ici le sommeil somatique, là le sommeil psychique. » M. LHERMITTE cite d'ailleurs les travaux de VAN BOGAERT et DELBEKE, et conclut que les phénomènes observés témoignent d' « une infection méso-céphalique qui peut se traduire par un double syndrome neurologique et psychique dont l'hallucinoze est l'élément le plus remarquable ».

Dans la thèse de VOLSTEIN, cette même année 1932 (*Contribution à l'étude des syndromes hallucinatoires séquelles d'encéphalites*) furent rapportées six nouvelles observations consécutives à l'Encéphalite épidémique. A cette même époque, LEONHARDT, dans un travail sur les délires hallucinatoires dans l'encéphalite, insiste sur l'importance des troubles oniriques, ce qui les distingue, dit-il, des délires paranoïdes schizophréniques et ce qui les rapproche des états oniriques et délirants des alcooliques.

ROTTENBERG, en 1932, présenta aussi une thèse sur les syndromes démentiels de l'encéphalite ; il insiste surtout sur l'hébéphréno-catatonie et les démences paranoïdes post-encéphalitiques : mais dans ses observations les troubles hallucinatoires sont nettement mentionnés.

MM. H. CLAUDE et H. EY, dans la *Presse médicale* du 16 août 1933, consacrèrent un important article à cette question des troubles psycho-sensoriels dans l'encéphalite épidémique chronique, nous nous y sommes souvent rapporté au cours de notre étude. A la 84^e assemblée suisse de neurologie et psychiatrie, consacrée aux hallucinations, M. LUDO VAN BOGAERT présenta un rapport sur les états hallucinatoires au cours des crises oculogyres de l'encéphalite léthargique.

M. BAUDARD, dans sa thèse en 1934, attira l'attention sur la fréquence du parkinsonisme dans les maladies mentales (50 % des cas d'après l'auteur), importance remise en question récemment

par Mlle LACASSAGNE dans son travail sur les crises oculogyres en pathologie mentale.

Comme on peut s'en rendre compte après la brève chronologie qui précède, depuis les épidémies de 1916-1920 les études faites par les divers auteurs sur les troubles hallucinatoires encéphalitiques ont suivi une marche en tout point semblable à l'évolution même de la maladie : au début, les troubles confuso-oniriques de l'encéphalite aiguë sont mis en relief, puis des cas de troubles hallucinatoires à la période de chronicité de la maladie sont signalés, étudiés et prennent la place qu'ils occupent aujourd'hui en séméiologie psychiatrique, éclairant d'un jour nouveau les recherches pathogéniques. Mais aucun auteur, nous semble-t-il, n'a essayé de grouper ces divers phénomènes hallucinatoires observés, de les classer et d'étudier leurs relations avec les délires que l'on rencontre si fréquemment chez de tels malades ; c'est ce que nous voudrions faire.

CHAPITRE II

Faits cliniques

Notre but étant uniquement l'étude des troubles psycho-sensoriels, une description neurologique du syndrome parkinsonien ne nous paraît pas indispensable, d'autant qu'elle est minutieusement faite dans les ouvrages spécialisés. Aussi passerons-nous tout de suite à l'exposé des cas que nous avons pu recueillir et à leur discussion.

Les phénomènes hallucinatoires que nous avons observés sont évidemment fonction du degré de désagrégation psychique du sujet et varient de l'hallucinoïse, dans laquelle le malade conserve tout son pouvoir critique, à l'hallucination, trouble auquel la croyance du malade est intimement liée comme à la perception d'une réalité vécue. L'on conçoit que ces deux phénomènes puissent se présenter successivement chez la même personne. Il nous est donc déjà possible de voir deux groupes de cas, dont le seul caractère commun sera l'allure transitoire des troubles et la conservation d'un psychisme peu touché puisque sans délire et sans démence. Les uns, simplement hallucinosiques, sont absolument indemnes quant à leur fond mental ; les autres, ne croyant qu'imparfaitement à la réalité de leurs troubles, semblent être des formes de transition, en évolution peut-être vers les formes suivantes.

Parmi les sujets nettement hallucinés, dont les troubles présentent une grande fixité, les auteurs n'ont fait aucune classification. Ces troubles hallucinatoires de l'encéphalite ont été englobés sous

des rubriques différentes : psychose hallucinatoire chronique, automatisme mental, syndrome d'influence, délire paranoïde. Si nous examinons les divers cas, nous voyons qu'on peut les diviser en deux grands groupes :

1) Les états d'anxiété hallucinatoire : syndromes mélancoliques ou anxieux avec impulsions et troubles psycho-sensoriels surtout cénesthésiques, associés à des périodes oniriques aiguës. C'est dans ce groupe que nous trouvons le plus association hallucinose-hallucination.

2) Les états délirants hallucinatoires chroniques : encore faudra-t-il parmi eux distinguer ceux que l'on appelle psychoses hallucinatoires chroniques avec thème délirant cohérent et organisé et ceux dont le délire est mal systématisé, comportant un certain degré d'affaiblissement intellectuel, c'est-à-dire les délires à forme paranoïde.

En résumé : 1) Hallucinose.

2) Etats d'anxiété hallucinatoire.

3) Etats délirants hallucinatoires chroniques.

hallucinotiques **I. Troubles hallucinatoires**

OBSERVATION I. — M. B. est arrivée à l'asile clinique le 19 mai 1929 avec les certificats suivants de l'hôpital Henri-Rousselle :

(D^r DUPOUY) : psychose encéphalitique. Troubles graves de l'humeur et du caractère avec perversions instinctives. Instabilité. Fugues. Irritabilité, colères, insultes, cris, grossièretés, violences et menaces envers ses parents. Aurait commis différents vols. Renvoyée de toutes ses places, incapable de tout travail. Quelques idées de suicide, tentatives anciennes. Parkinsonisme très accentué.

(D^r TARGOWLA) : troubles mentaux avec syndrome parkinsonien post-encéphalitique. Perversions instinctives. Fugues. Instabilité antérieure à l'encéphalite qui date de 1922. Crises de violences avec agitation, menaces et tentatives de suicide.

A l'admission il est noté : hémiparkinsonisme droit ; désespérance secondaire.

La malade est ensuite envoyée à l'asile de Maison-Blanche où elle entre, le 23 mai, dans le service de Mlle le D^r PASCAL.

Certificat immédiat : encéphalite épidémique, hémiparkinsonisme droit, bradykinésie. Troubles du caractère, instabilité. Hystérectomie en 1922. Ablation du sein droit.

Agée de 26 ans, la malade a été placée, à 19 ans, chez des religieuses, parce qu'elle était devenue difficile à tenir et à diriger. On constate, en effet :

1) des troubles du caractère avec irritabilité facile et colères violentes ;

2) une amoralité avec trouble du sens moral : elle avoue avoir eu des amis depuis l'âge de 16 ans, elle a eu de nombreux rapports sexuels et cela dans un but désintéressé, elle a même confié à plusieurs reprises, à certains de ses amis, des sommes d'argent. Il lui arrivait de ne pas rentrer chez elle à l'heure des repas et aux observations de ses parents, elle répondait par des grossièretés, des menaces et des insultes.

Elle a eu une encéphalite en 1922, vers la fin de l'année, et a été hospitalisée à Sens.

Cette même année, elle fit, en juin, une fausse-couche suivie de salpingite : hystérectomie.

Vagues idées de suicide il y a deux ans (1927) : elle disait à sa mère qu'elle voulait mourir, se jeter à l'eau, parce que, tremblant du membre supérieur droit, elle ne pouvait plus travailler, elle soutient d'ailleurs que ce n'étaient là que propos en l'air.

Pas d'autres idées délirantes. Fond mental bon dans son ensemble : pas de troubles mnésiques, bien orientée dans le temps et l'espace.

Le faciès est immobile, inexpressif, le regard fixe, tout contribue à donner l'impression de l'attitude figée caractéristique des parkinsoniens. Le tremblement prédomine au membre supérieur droit et disparaît à l'occasion des mouvements volontaires.

On constate une légère asymétrie faciale, des pupilles égales, mais paresseuses à la lumière. Tous les réflexes tendineux sont vifs. Au niveau du thorax, il existe plusieurs cicatrices dues à l'ablation du sein droit et d'esquilles osseuses après abcès froid costal.

Plusieurs vols lui étant reprochés, la malade se montre très réticente à leur sujet.

Par la suite, elle fit à deux reprises des accès narcoleptiques fébriles : température à 38°5, elle dort toute une matinée. Un de ces accès eut lieu le 1^{er} octobre 1936 et, le 4 octobre, elle se plaint à nous pour la première fois « d'avoir des visions ». Voici ses paroles : « Des fois, sur les carreaux des fenêtres, je vois des fleurs (dessin tremblé d'une marguerite), des dessins quelconques, toujours à peu près les mêmes. Ce sont des personnages, des fleurs ou des maisons. Ils sont blancs ou en couleur ; ça passe devant mes yeux un instant, quelques secondes. Il fait nuit à ce moment-là, c'est souvent au moment de m'endormir. C'est tout petit, de la grandeur du carreau de la fenêtre. Parfois, je vois ces maisons belles à l'intérieur, éclairées. Souvent je me retrouve dans les anciens hôtels où je suis allée, c'était beau tout illuminé. Les personnages sont des hommes et des femmes, immobiles, c'est lumineux autour d'eux. D'autres fois, ce sont des animaux, des lions, des tigres, ils ne me veulent pas de mal.

« C'est de la blague, je le sais ; je ne sais pas ce qui me fait ça, ça ne me gêne pas. »

Quelques jours après, elle vient à nouveau nous dire : « J'ai vu ma sœur hier au soir, elle était chez elle avec son mari, il lui disait que je n'écrivais pas assez souvent ; je les ai vus chez eux, dans leur salle à manger, c'était comme si j'avais été chez eux. »

OBSERVATION II. — M. H., âgée de 29 ans, est entrée dans le service du D^r H. EY, à l'asile de Bonneval, le 12 juin 1934. Il est noté :

Certificat immédiat : syndrome parkinsonien post-encéphalitique, avec troubles du caractère et du comportement. Crises d'agitation. Impulsions. Bradypsychie. Crises oculogyres par intervalles.

Certificat de quinzaine : Parkinson encéphalitique, avec troubles du caractère, crises d'agitation par intervalles à caractère névropathique. La malade a été internée après un séjour d'un mois à l'hôpital de Dreux. Elle y a présenté des crises ainsi décrites : début par une douleur occipitale qui se généralise, augmentation des troubles habituels, secousses cloniques des membres, torsion de la bouche. Convulsion des yeux vers le haut, cris, hurlements. La malade tente de se suicider par strangulation, se jette sur ses voisines. Miction presque de règle.

Ces crises ont donc motivé l'internement, la première est survenue il y a 9 ou 8 ans après une encéphalite léthargique que fit la malade en 1920. Leur intensité est toujours allée en augmentant.

L'aspect de la malade est celui d'une parkinsonienne typique. Rigidité et tremblement sont évidents. Le tremblement se fait par petites secousses, il est généralisé et accentué par l'émotion. L'hyper-tonie est diffuse, le masque rigide. La parole est nette, sans achoppement, mais saccadée. Le signe de la crémaillère est très net. Les réflexes sont normaux, les pupilles régulières, mais inégales et réagissant mal à la lumière. Tension artérielle : 15-11,5.

Légère douleur abdominale à la pression du point de Mac Burney. Règles régulières et normales.

L'examen ophtalmologique montre une paralysie de la convergence, de la diplopie, de l'hypermétropie. Une légère frange bleutée sur le bord des papilles. Une diminution moyenne du calibre artériel, des veines un peu dilatées.

La vie à l'asile est relativement calme, mais entrecoupée de crises névropathiques analogues à celles qui ont été décrites durant son séjour à l'hôpital. La malade se montre exigeante, simulant des crises et cherchant tous les moyens propres à attirer l'attention sur elle, incapable de travailler.

Les crises oculogyres durent une dizaine de minutes, leur fréquence est de une ou deux par semaine. Le 18 décembre 1934, elle se plaint ainsi : « J'ai les yeux qui me taquinent souvent, mais je tremble moins. Je vois comme de petits carrés tout rouges et jaunes. C'est surtout en rouge, ça défile comme des films de cinéma. Ça fait des couleurs seulement. Je vois des machines rouges, ça me le fait plus souvent. Ça bouge. Il y a des carrés et des quadrangulaires. Il y

en a des dizaines. C'est par moment, et, quand mes yeux sont pour tourner, ça me fait un éclair de couleur noire et mes yeux tournent après. C'est avant que ça me tourne que je vois la couleur et j'ai une douleur derrière la tête. Je vois tout trouble par moments. Les figures que je vois sont toutes difformes, elles ont le nez pas à la place qu'il faut, ce sont des figures grotesques ou comme des masques. Les couleurs, je ne les vois que quand je vais avoir une crise des yeux. »

Ces manifestations hallucinosiques se produisent, en effet, assez fréquemment, prémonitoires des crises oculogyres chez cette malade qui en est ainsi avertie.

La crise névropathique hypertonique, qu'elle a eue le 16 octobre 1935, peut servir de type pour la description des crises habituelles : début par une anxiété grandissante, pleurs, gémissements et plaintes monotones, hypertonie croissante ; tremblement parkinsonien de grande amplitude, mimique contractée, révulsion des globes oculaires en haut. Palilalie : « Madeleine, reste tranquille, reste tranquille, Madeleine. » (répété 7 ou 8 fois sur un rythme précipité devenant un bredouillage indistinct). D'autres propos palilaliques sont tenus dans les pleurs et l'angoisse : « Sois patiente, Madeleine. Madeleine, si tu veux revenir à la maison, ne crie pas. Mon Dieu, faites que Madeleine ne crie pas. Il ne faut pas hurler, Madeleine. Madeleine, ne crie pas. Madeleine, tais-toi. » Puis, elle se calme un peu et brusquement elle reprend : « Que c'est terrible ces maladies-là qui vous font crier. » Nouvelle crise de désespoir, cris aigus. Les membres inférieurs restent pendant la crise en extension sur le lit, les bras sont légèrement fléchis. On constate souvent l'absence de crise oculogyre. En somme, crise de rigidité avec palilalie, agitation et cris forcés, conscience de son état et critique conservée.

M. H. ne présente aucune activité délirante, aucun affaiblissement intellectuel, mais une légère bradypsychie avec troubles de l'humeur, impulsions et déséquilibre émotionnel.

En dehors de ces manifestations hallucinosiques qu'elle présente comme auras de crises oculogyres, elle est sujette à un autre phénomène, celui des chromatopsies : brusquement, elle voit tout en rouge ou en jaune.

Deux expériences de mescalisation ont été faites, nous y reviendrons plus loin.

L'hallucinoze étant l'ensemble des impressions sensorielles dont le sujet n'est pas dupe et dont la caractéristique essentielle est de ne s'accompagner d'aucune idée délirante, c'est bien dans ce groupe que nous pouvons ranger les deux cas qui précèdent. Mais cette définition de l'hallucinoze, basée sur la croyance ou la non croyance du malade en la réalité de ces phénomènes, ne peut être que provisoire : il est en effet trop souvent difficile d'établir une discrimination. Il est un caractère qui nous paraît plus pré-

cis, c'est de ne voir dans l'hallucinosité qu'un trouble élémentaire isolé, un trou dans la vie psychique n'entraînant aucune modification du comportement. C'est là croyons-nous que doit être recherchée la caractéristique de ces états. MM. H. EY et J. ROUART ont d'ailleurs insisté récemment sur ce point (*Encéphale*, 1936 : Essai d'application des principes de JACKSON à une conception dynamique de la neuro-psychiatrie). Ils écrivent à propos de l'hallucinosité : « Le propre de tous ces troubles, que l'on peut considérer comme des dissolutions locales, est donc de se présenter comme isolés par rapport aux troubles de l'activité psychique. C'est là leur caractère le plus remarquable. » Ils opposent ces dissolutions locales à ce qu'ils appellent les « dissolutions uniformes » dans lesquelles s'intègrent naturellement tous les processus d'activité hallucinatoire.

Dans notre première observation, nous avons été frappé tout de suite par la longueur de l'évolution : l'encéphalite s'est produite en 1922 et les premiers troubles hallucinosiques en 1936. Ils sont apparus à la suite d'un accès narcoleptique fébrile au cours duquel l'hypertonie habituelle de la malade était très augmentée. Ces faits ont déjà été signalés par de nombreux auteurs. MM. SCHIFF et COURTOIS écrivent (*Soc. de Psych.*) en 1928 : « L'installation du délire a coïncidé avec une reprise de l'encéphalite qui s'est traduite, entre autres symptômes, par une recrudescence des phénomènes moteurs. » M. G. PETIT a insisté à plusieurs reprises sur le fait qu'il faut considérer l'encéphalite épidémique chronique comme une maladie toujours en évolution et non point comme une simple séquelle. C'est également l'opinion des auteurs allemands BURGER et MAYER GROS (1926). L'observation que présentèrent MM. DUPOUY et PICHARD, en 1931, est aussi typique à ce point de vue : les troubles psycho-sensoriels apparaissent à la phase aiguë de la maladie, disparaissent pendant 5 ans, puis reparaissent ensuite périodiquement et parallèlement à une recrudescence de la symptomatologie neurologique.

Chez cette malade M. B., il n'existe ni délire ni affaiblissement intellectuel, sujette à des visions lilliputiennes sur les vitres des fenêtres, elle n'y croit pas : « C'est de la blague, je le sais », dit-elle, mais elle n'en éprouve aucun inconvénient, aucun étonnement, aucune gêne. Cela se passe le soir avant qu'elle ne s'endorme et l'on ne peut s'empêcher d'évoquer la phrase écrite par M. LHERMITTE à propos de l'hallucinosité pédonculaire : « N'est-il pas curieux de constater également que les visions colorées qui forment le fond de l'hallucinosité pédonculaire affectent avec une singulière prédilection l'heure du crépuscule ou même les instants qui précèdent l'endormissement. »

Nous n'insisterons pas sur les caractères des images : planes, colorées, de dimensions minuscules. Faisons seulement ressortir la luminosité qui les accompagne comme un halo, luminosité générale de l'image, luminosité des maisons, et surtout luminosité des personnages : c'est un caractère que nous avons rencontré chez d'autres malades qui présentaient des phénomènes analogues. Nous voudrions aussi montrer la concordance qui existe entre les images hallucinosiques de la malade et son état affectif : elle voit des maisons où elle a vécu, des bêtes féroces qui sont très douces pour elle, sa sœur qu'elle désirerait voir plus souvent, ses regrets, ses désirs semblent s'extérioriser ainsi, à tel point que ces scènes fictives semblent être souvent et en partie tout au moins des scènes déjà vécues par elle. Cette union entre l'affectivité du malade et ses troubles psycho-sensoriels lilliputiens est un fait sur lequel a particulièrement insisté M. LEROY. Et comme l'écrivait M. VAN BOGAERT : « Ne pourrait-on pas voir là une régression aux conceptions minuscules où se plaît l'imagination de l'enfant, d'autant que ce syndrome lilliputien est souvent associé à l'onirisme (HARVEY CUSHING et HORRAX). »

Les caractères oniriques des phénomènes décrits dans cette première observation nous paraissent en effet importants : prédominance nocturne des troubles, succession des images sans cohérence, luminosité, visions zoopsiques. Ce sont de tels états dont parlait M. H. Ey dans son *Rapport à la 84^e Assemblée suisse de psychiatrie* : « Il existe des états oniriques très courts, quoique parfois très intenses, ce sont des états psycholeptiques qui les conditionnent. Dans ce groupe des hallucinations psycholeptiques nous rangerions volontiers les hallucinations hypnagogiques, les hallucinations des auras épileptiques et les hallucinations pédonculaires conformément aux vues de M. LHERMITTE et je crois bien au fond de M. VAN BOGAERT. »

Il est aussi dans notre deuxième observation un fait bien particulier, c'est la concordance qui existe entre les visions hallucinosiques de la malade et ses crises oculogyres : « Les couleurs, je ne les vois que quand je vais avoir une crise des yeux. » Ce sont donc de véritables auras comparables en tout point aux auras épileptiques. Elles s'accompagnent de violentes douleurs occipitales : « C'est avant que ça me tourne que je vois les couleurs et j'ai une douleur dans le derrière de la tête. » Qu'il s'agisse anatomo-pathologiquement de lésions corticales, nous ne pouvons le dire. On sait qu'une irritation occipitale peut produire des crises oculogyres et des crises épileptiformes avec auras visuelles mais ces auras ne sont que des impressions visuelles élémentai-

res (phosphènes, flammèches, couleurs) et ne se présentent jamais sous la forme d'hallucinations visuelles organisées. Néanmoins la grande diffusion des lésions encéphalitiques, leur variabilité histologique ne nous permettent pas d'écarter entièrement cette hypothèse.

Quoi qu'il en soit, c'est une remarque qui a été faite par de nombreux auteurs que les crises oculogyres puissent être précédées d'auras psycho-sensorielles. Un malade de MM. VERGER et AUBERTIN voyait des trèfles à quatre feuilles, or il en cherchait quand est survenue sa première crise. MM. DELBEKE et VAN BOGAERT publièrent aussi un cas où l'accès oculogyre était précédé de chromatopsies en blanc et en bleu, « non figurées et que la malade n'interprétait aucunement. Les excitations optiques des mêmes couleurs provoquaient l'accès ». Ces auteurs ajoutent : « Cette réminiscence, au moment de l'accès, d'un souvenir lié à lui par une coïncidence dans le temps, est, dans le cas de VERGER et AUBERTIN, plus complète que dans le nôtre, où le premier accès ne s'est pas déclenché à l'occasion d'un violent excitant optique en blanc ou en bleu. Mais dans une autre de nos observations nous avons retrouvé cette reviviscence de la première image observée (et à forte charge affective)... » Nous avons aussi vu, pour notre part, un malade qui, cultivateur de son état, voyait avant quelques-unes de ses crises oculogyres un arbre entouré d'une prairie d'herbe verte ; ce malade avait parfois des phénomènes micropsiques : ses pieds lui paraissaient tout petits, les lattes de bois du plancher filiformes. On retrouve donc là, comme dans notre première observation, les liens étroits qui relient l'affectivité du malade et ses hallucinoses.

La palilalie qui a été notée dans les crises névropathiques de notre deuxième malade est un phénomène qui a été maintes fois décrit par les auteurs. La bradypsychie, l'anxiété et l'instabilité émotionnelle de la malade au cours de ses crises ne sont évidemment faites que pour favoriser un tel trouble, indice probable de lésions méso-diencephaliques ; on le rencontre, en effet, chez les pseudo-bulbaires, les épileptiques et surtout les encéphalitiques (cf. Psychose infectieuse chronique avec stéréotypies litaniques verbales et graphiques, palilalie, paligraphie et tachypnée anxieuse. Parkinsonisme fruste, par MM. G. PETIT et A. BAUDARD, dans les *Annales médico-psychologiques*, juillet 1934).

Remarquons enfin que l'intervalle, qui a existé entre l'encéphalite et le début des troubles psycho-sensoriels, est encore plus long dans cette deuxième observation que dans la première (1920-1934),

OBSERVATION III. — A. M. est âgée de 42 ans, elle a été internée le 17 août 1935 avec le certificat suivant :

(D^r LÉCHELLE) : Crise d'agitation extrêmement violente, vociférations, menaces, au cours de cette crise elle a lancé à travers la salle des objets susceptibles de blesser les autres malades ; d'autre part, elle est rebelle à toute observation et garde une attitude indifférente et parfois hostile envers tous. L'examen somatique révèle l'existence d'une maladie de Parkinson ; d'autre part, un anus iliaque a été pratiqué pour rétrécissement du rectum.

M. le D^r SIMON note à l'admission : présente des périodes d'excitation qu'elle ne justifie que par l'état de ses nerfs : troubles de la parole et raideur parkinsonienne, réflexes rotuliens très exagérés, anus iliaque (opérée il y a 8 ans).

La malade est alors transférée à Maison-Blanche où elle arrive, le 5 septembre, dans le service de M. le D^r CHATAGNON, qui rédige les certificats suivants :

Immédiat : Syndrome parkinsonien avec hypertonie, tremblement, troubles de la parole. Crises de larmes et protestations contre son internement. N'a manifesté jusqu'alors aucune agitation ni idée délirante. Etat général médiocre. Anus iliaque, conséquence d'un rétrécissement du rectum. Réflexes tendineux très vifs ; pupilles réagissant bien à la lumière et à l'accommodation.

Quinzaine : Etat parkinsonien post-encéphalitique avec hypertonie, tremblement, troubles de la parole. Syndrome mental constitué par des idées à thème dépressif avec désir de suicide et récriminations contre son séjour à l'asile ; interprétations cénesthésiques ; poussées d'agitation motrice avec crises coléreuses et larmes.

Cette malade a cessé de travailler en 1926, elle était alors employée dans une usine de produits chimiques et a dû rentrer à l'hôpital Saint-Louis pour ablation chirurgicale d'hémorroïdes, un rétrécissement du rectum consécutif a nécessité un anus iliaque.

La malade a perdu son père, âgé de 60 ans ; sa mère, âgée de 71 ans, est vivante et en bonne santé. Elle a plusieurs frères et sœurs, un frère a eu une méningite dans l'enfance (?) et il est resté simple d'esprit, il est âgé de 27 ans.

A. M. s'est mariée en 1922, son mari a 60 ans et se porte très bien ; ils n'ont pas d'enfant.

Cette malade présente un faciès figé ou plutôt hypomimique : les expressions sont lentes à se constituer et à disparaître. La parole est lasse, monotone, très rapide, peu articulée, tremblée, nous constatons alors que la malade ne sait ni lire ni écrire.

Le tremblement des lèvres et de la langue est évident. Le tremblement des membres supérieurs est très prononcé, surtout aux mains et aux doigts. Ce tremblement aurait commencé en 1933. L'hypertonie, nette des deux côtés, prédomine à gauche. Le phénomène de la roue dentée, au niveau du coude ou du poignet, peut être mis en évidence des deux côtés. Les réflexes tendineux sont vifs.

La mobilité des yeux est normale, mais les réflexes pupillaires sont lents. Le fond de l'œil est normal. La malade n'a pas eu de crises oculogyres depuis sa venue à l'asile, elle a seulement présenté une diplopie passagère.

Ses règles sont irrégulières et douloureuses.

La malade s'excite parfois, surtout au moment des périodes menstruelles sans pouvoir d'ailleurs justifier ses crises ; elle ne présente aucune idée délirante, mais dit avoir vu plusieurs fois des « choses bizarres », ci-dessous résumées :

1) A l'hôpital Tenon, où elle a été il y a un an et demi, juste avant son internement, elle voyait quelquefois les malades autour d'elle « qui avaient des moustaches blanches ». Un soir, sur le carreau de la fenêtre, elle a vu « la forme de la figure de sa sœur ».

2) Le soir, avant de s'endormir, elle voit souvent comme un brouillard bleu et les figures des personnes qui sont autour d'elle semblent avoir grossi et elle ajoute : « Souvent, je crois entendre quelque chose, c'est comme un bruit, mais je ne comprends pas ce qu'on dit. »

3) A son entrée dans le service, un soir, avant de s'endormir, elle a vu « deux soldats en bleu horizon sur les impostes », elle a cru que c'était son mari et son beau-frère, « quand ils étaient soldats ». Ces deux personnages étaient de grandeur naturelle, « immobiles comme des photographies », mais on ne voyait pas leurs pieds. La malade ajoute d'ailleurs : « Je ne comprends pas comment ils aient pu être si grands, le carreau de l'imposte est si petit. J'ai vu qu'ils étaient transparents sur le verre, j'ai cru que c'étaient eux et quand je ne les ai plus vus, j'ai pensé que c'étaient mes yeux seuls qui avaient fait ça... » La malade rectifie donc l'irréalité de ses visions.

Ces troubles psycho-sensoriels, rapportés par la malade elle-même au cours de notre interrogatoire, ne sont certainement pas les seuls qu'elle ait présentés. Nous voyons, en effet, dans les renseignements fournis par le mari, que, chez elle, « elle voyait des bêtes qui voulaient lui faire du mal et des gens qui l'agaçaient » ; elle allumait l'électricité constamment pour s'assurer qu'il n'y avait personne, elle entendait des voix, « sans vouloir dire quoi », et se bornait à répéter à son mari : « Tu me fais du cinéma. »

Cette troisième observation est aussi un exemple de troubles hallucinosiques, qui les critique parfaitement et qui, par exemple, ne comprend pas leur petitesse. Faisons remarquer une fois de plus à ce propos que dans les visions micropsiques, la malade ne voit que des parents dont elle désire la visite d'une façon plus positive. Ce contraste qui existe entre la vision perçue un jour de son mari et de son beau-frère « grandeur naturelle » et de

l'écran sur lequel elle les a vus, le carreau de la fenêtre, contraste constaté par la malade elle-même, lui paraît incompréhensible.

La croyance de la malade en l'irréalité de ses perceptions est cependant quelquefois en défaut ; aussi pouvons-nous dire qu'il existe, à côté de ces troubles hallucinosiques, une ébauche d'état oniroïde plus complexe, qui semble faire la transition entre le groupe des hallucinoses et celui des hallucinations. Ce sont ces phénomènes que MM. H. CLAUDE et H. EY appellent « états oniriques nocturnes ou états oniroïdes d'action extérieure », « pour marquer la différence qui existe entre ces états hypnoïdes et d'autres états oniriques avec activité de rêve complète ». Ce qui en effet est surtout frappant, c'est le caractère vespéral ou nocturne de ces phénomènes, ainsi que leur prédominance visuelle nette et le sentiment d'étrangeté, de factice qu'éprouve la malade et qui forme la base du sentiment d'action extérieure : elle finit par accuser son mari de lui faire du cinéma. Mais à côté de cela le caractère agressif des scènes, un léger degré d'anxiété (elle allume, ouvre les portes pour voir si personne n'est là), les zoopsies nous incitent à comparer ces troubles aux onirismes alcooliques. Dans notre cas, l'absence de conviction solide en la réalité de ses perceptions qu'éprouve la malade, l'absence de retentissement sur la personnalité, l'association à des troubles hallucinosiques nous paraissent être autant de signes qui le différencient des onirismes alcooliques ; ces différences entraînant un comportement moins riche en réactions et en violences au moment des troubles et ne causant aucune perturbation psychique ultérieure.

Dans ce troisième cas encore l'apparition des troubles psychosensoriels a été tardive 7 ou 8 ans après la période aiguë de l'encéphalite et 3 ans environ après le début du tremblement parkinsonien. Il semble que les lésions nerveuses évoluent plus rapidement que les lésions psychiques.

II. Etats d'anxiété hallucinatoire

OBSERVATION IV. — C. L. a été internée une première fois, en juin 1925, avec les certificats qui suivent :

(D^r P. CAMUS, à la Salpêtrière) : Dépression avec idées mélancoliques, propension au suicide, a déjà fait deux tentatives, l'une par submersion et l'autre par écrasement. Tendance à l'inertie, négligence des soins élémentaires ; aurait des hallucinations visuelles (visions d'yeux et de figures muettes).

A l'admission à Ste-Anne, le D^r COLIN constate : Dégénérescence mentale. Tendance au suicide : s'est jetée sous une auto, dans la Seine. Serait sujette à des crises convulsives.

La malade est alors transférée à Maison-Blanche, où le D^r TRUELLE rédige le certificat suivant : Débilité mentale avec épilepsie à forme surtout vertigineuse. Hallucinations visuelles et impulsions conscientes. Impulsion au suicide au moment des crises.

A la quinzaine, il est noté : Débilité mentale avec épilepsie, onirisme, obsessions et impulsions conscientes.

La mère de la malade est morte à 20 ans accidentellement (brûlée), elle aurait été alcoolique et aurait eu un deuxième enfant mort-né. Le père, vivant et remarié, ferait aussi quelques abus de boisson, il a deux enfants du deuxième lit.

La malade a eu une encéphalite en 1922, après laquelle sont survenus les vertiges. Elle présente aussi depuis des crises oculogyres et des crises narcoleptiques. Elle s'est jetée sous une auto en 1924 : fracture de l'humérus gauche.

Lors de ce premier internement, la malade se plaint de crises vertigineuses qui surviennent deux à trois fois par semaine ; ces crises augmentent de fréquence au moment des menstruations. Elle travaillait chez un parfumeur et a dû interrompre son travail pour se faire soigner à la Salpêtrière.

Sujette à des impulsions motrices, elle les déplore : « Mes idées noires, ce sont des idées que je me fais dans ma tête, elles pourraient me faire faire n'importe quoi, on dirait que je suis poussée à le faire. » Elle dort mal et a des crises oniriques qui coïncident souvent avec les vertiges : « Je vois une femme, je la vois comme si c'était vrai et ça m'étouffe. »

Améliorée, elle sort après un an avec le certificat suivant : Epilepsie à forme vertigineuse, ne présente plus de troubles mentaux nécessitant l'internement.

Le deuxième internement date de janvier 1927, sur la vue des certificats qui suivent :

(D^r VURPAS) : Dépression mentale avec tristesse et découragement, inertie, émotivité excessive, idées et tentatives de suicide. Troubles consécutifs à une encéphalite épidémique.

(D^r TARGOWLA) : Troubles mentaux liés à une encéphalite épidémique, état parkinsonien avec troubles du caractère, émotivité, diminution de la mémoire, lenteur des processus psychiques, tentatives de suicide, la dernière, le 15 janvier dernier, dans le service.

(D^r MARIE) : Dépression mélancolique consécutive à l'encéphalite léthargique. Tentatives de suicide répétées depuis trois ans. Quelques crises convulsives. Dysménorrhée.

(D^r TRUELLE) : Débilité mentale avec épilepsie à forme surtout vertigineuse. Impulsions. Suicide.

Les infirmières notent à ce moment-là :

1) des crises narcoleptiques ;

2) des impulsions : elle se jette un jour sur le médecin-chef, au moment de la visite, pour le saisir à la gorge, et s'excuse le lendemain ; une nuit, elle frappe sa voisine de dortoir, explication : « Il me semble qu'on me traite de boche, qu'on traite mes parents de voleurs. »

Il est dit aussi dans ces rapports que la malade se montre généralement calme et douce, mais qu'elle n'a pas de suite dans son travail ; elle paraît parfois hagarde, regarde au plafond, gesticule et semble vouloir y attraper quelque chose, puis se cache dans son lit, comme si elle avait peur. Elle dit aussi avoir des visions : des yeux derrière les carreaux des fenêtres.

En décembre 1933, M. le D^r GOURIOU rédige le certificat suivant : Parkinsonisme post-encéphalitique avec troubles du caractère et affaiblissement intellectuel.

La vie de la malade à l'asile s'écoule tranquille avec un fond d'asthénie, allant d'ailleurs en augmentant d'années en années, à tel point qu'elle reste alitée de longues périodes, présentant parfois des accès qualifiés de narcoleptiques, ainsi que des crises oculogyres survenant surtout au début et à la fin des règles. Sur ce fond d'inertie et de docilité, on note des périodes où l'activité motrice peut être utilisée ; la malade faisant des courses dans l'asile pour les infirmières. Parfois, elle présente des impulsions violentes, particulièrement fréquentes au moment des périodes cataméniales, impulsions homicides ou automutilatrices. En revanche, elle demande assez souvent à être maintenue, car elle sent venir ses impulsions. C'est ainsi que l'on peut citer l'anecdote caractéristique suivante : le 27 novembre 1934, sortie dans l'asile, « elle sent qu'elle va faire du mal », et revient en courant pour se faire maintenir, elle sonne, mais au moment où la porte lui est ouverte, l'impulsion est devenue irrésistible, elle repousse violemment l'infirmière et se précipite vers une fenêtre, brisant plusieurs carreaux. L'infirmière dit qu'elle avait à ce moment-là un air égaré et hébété, ne disant pas un seul mot. Par la suite, comme toujours, elle se souvient de son acte et demande pardon.

Actuellement : la malade est de plus en plus asthénique et quitte peu son lit. Son aspect est celui d'une parkinsonienne encéphalitique typique ; son faciès est absolument figé ; le regard est fixe et brillant ; la mimique est absente, seules, dans ce masque immobile et inexpressif, les lèvres s'entr'ouvrent pour parler.

Le tronc est légèrement penché en avant, le visage un peu incliné ; tête, cou, tronc sont soudés d'une seule pièce. La posture du haut du corps, tant dans la marche que dans la course, demeure invariable. La malade reste immobile, aussi long que soit l'interrogatoire, dans l'attitude de « statue égyptienne ». Elle a parfois des gestes très lents des deux bras, accompagnant les paroles, à propos desquelles on relève une exagération des réflexes de posture. Cette attitude hié-

ratique est soulignée par la rareté du clignement des paupières, en moyenne, toutes les 20 secondes, parfois au contraire, salves de clignements.

La rigidité est donc évidente ; l'hypertonie, déjà mise en vue par l'attitude soudée, se traduit par une résistance cireuse des articulations aux mouvements flexion-extension, sans cependant qu'on puisse obtenir une véritable roue dentée, même par la manœuvre de Froment. Les réflexes tendineux sont normaux, sauf les rotuliens qui sont vifs. L'hypertonie est généralisée à tous les muscles : les mouvements des globes oculaires sont lents. Elle est bilatérale.

Les mouvements automatiques sont abolis en partie : il persiste un léger balancement des bras à la marche ; le procédé du moulinet est négatif, mais, en revanche, le procédé du renversement de la chaise est positif (pas d'extension des jambes). Il n'y a pas de tremblement des membres, en particulier de la main, tant dans le repos que dans le mouvement. Un tremblement fin apparaît par la manœuvre de Rouquier (position de fatigue). Le tremblement des lèvres est constant et régulier, la langue est instable et animée de mouvements de trombone.

La bradycinésie et la bradypsychie sont bien mises en évidence au cours de l'interrogatoire, la malade ne peut en effet jamais répondre avant une période de latence d'au moins 5 secondes. Cette lenteur de la mise en train contraste avec le caractère explosif de la parole. Les lèvres, qui seules dans la face sont le siège d'un tremblement rapide, paraissent imprimer au son une sorte de chevrottement. La bouche s'entr'ouvre et le menton tremble, puis les premiers mots sortent, pressés, se bousculant, des syllabes, des mots entiers sont éludés, puis le cours de la parole se stabilise, la dysarthrie disparaît, le débit se ralentit de plus en plus jusqu'à la fin de la phrase, toujours assez courte d'ailleurs. La sialorrhée est souvent intense.

On note à certains moments le phénomène de l'akinésie brusque : la malade nous annonçant une confidence, puis demeurant quelques minutes sans pouvoir émettre un son. Parfois, la parole articulée disparaît, faisant place à un murmure indistinct, malgré les efforts visibles de la malade.

L'interrogatoire montre, chez une débile mentale au psychisme très ralenti (d'ailleurs lucide et consciente de son état, ayant conservé toute son affectivité), des idées obsédantes suivies presque toujours d'impulsions violentes, des éléments hallucinatoires visuels et cénes-thésiques, des préoccupations érotiques et des idées d'influence dont elle doute parfois.

Voici comment elle décrit la genèse de ses impulsions : elle sent dans sa tête de drôles d'idées, elle est poussée à faire du mal aux autres et à s'en faire à elle-même, elle ne sait pas pourquoi, n'obéit à aucun ordre hallucinatoire ou ne réagit pas à des insultes du même ordre.

L'idée obsédante de faire du mal lui paraît si impérieuse qu'elle

l'interprète comme une idée imposée de l'extérieur par hypnotisme. Elle lutte tant qu'elle peut, mais l'idée est la plus forte, elle doit agir ; le plus souvent, elle a le temps de prévenir, de se faire attacher, et la contention la libère aussi bien que l'exécution de l'acte. Après une période variable, elle demande à être détachée, la crise est passée. A noter qu'elle ne s'est jamais débattue dans le maillot et n'a pas demandé à être détachée pour obéir à son impulsion.

Parfois, au moment de ses crises oculogyres, mais le plus souvent, nous dit-elle, le soir en se couchant, elle voit, derrière le carreau de la fenêtre, une tête de femme avec des yeux verts, toujours la même, ou bien la tête d'un médecin qui l'a soignée et qui portait la barbe, il y a de cela plusieurs années. Les têtes qu'elle voit (toujours une seule à la fois) ont des dimensions normales, ne bougent pas, ce sont des têtes blafardes auréolées de lumière, sauf à la partie inférieure (au menton ou à la barbe, suivant le cas), autour, le noir..., le vide...

La malade sait que « ce n'est qu'une image », elle n'y croit pas. La vision ne dure que peu de temps, disparaît pour reparaitre ensuite, et ainsi plusieurs fois. Elle illustre ses explications de deux dessins naïfs, dont l'élaboration est entrecoupée de pauses.

A côté de ces phénomènes hallucinosiques, on trouve des troubles cénesthésiques génitaux : elle a l'impression qu'on abuse d'elle, le plus souvent la nuit. Ces « viols par les ondes » auraient pour auteur le même médecin dont elle voit l'image au cours de ses hallucinoses. C'est à lui, d'ailleurs, qu'elle rapporte, non seulement ses préoccupations érotiques, mais l'origine de tous ses troubles, tant psychiques (impulsions, inhibitions, idées bizarres) que physiques, notamment sa déchéance organique et son asthénie croissante.

Ce délire, si pauvre et si mal construit, ne reçoit même pas l'adhésion complète de la malade : car elle accepte la discussion et fait preuve d'une grande suggestibilité. Il semble surtout qu'elle ait cherché là une explication aux phénomènes incompréhensibles et inacceptés qu'elle présente.

Nous avons examiné cette malade avec l'interne du service de M. le D^r GOURIOU, notre camarade le D^r SCHERRER, nous le remercions ici de son amicale collaboration.

Il est à noter dans ce quatrième cas le début des troubles par des crises vertigineuses et oniriques, par des troubles épileptiques. Nous devons revenir sur les relations entre l'épilepsie et le parkinsonisme chronique, relations que nous avons déjà constatées à propos de notre deuxième malade : elle présentait des auras visuelles au moment des crises oculogyres. Dans le cas actuel, ce sont des crises vertigineuses qui coïncident souvent avec des poussées oniriques. Ces troubles ou crises oniriques se produisent aussi au moment des crises oculogyres.

A cela s'ajoutent les impulsions motrices, conscientes et irrè-

sistibles de cette malade ; elles nous paraissent comme étant le plus souvent des « équivalents » des crises vertigineuses ou oculogyres et prolonger ainsi l'analogie entre les troubles épileptiques et les phénomènes parkinsoniens.

Il existe, à côté de ces impulsions et de ces troubles psychosensoriels, des idées hypocondriaques qui se traduisent par des tentatives d'auto-destruction et un certain degré d'anxiété au moment des crises oniriques : la malade se cache alors souvent sous les draps pour ne plus voir.

Il faut aussi retenir le début onirique des troubles auquel fait suite un délire d'influence. « C'est ainsi que très justement BARUK et MEIGNANT (suivant d'ailleurs la direction d'idée indiquée notamment par KLIPPEL et par SÉGLAS) signalent que chez un de leurs malades à un état onirique fondamental a succédé un délire d'influence qui a persisté. C'est ce schéma qui nous paraît important à retenir », écrivent MM. H. CLAUDE et H. EY.

Si nous examinons les phénomènes hallucinosiques, nous retrouvons, comme dans nos premières observations, des images immobiles, planes, de couleurs souvent blafardes, auréolées de lumière. Signalons enfin les préoccupations érotiques de la malade qui se traduisent dans ses hallucinations cénesthésiques, on les rencontre fréquemment chez de tels malades.

Cette observation nous paraît être une transition vers les formes suivantes de mélancolies anxieuses, délires hypocondriaques ou psychoses d'angoisse avec délire hallucinatoire.

OBSERVATION V. — M. B. est entrée à Maison-Blanche, dans le service de M. le Dr DEMAY, le 17 août 1935, avec les certificats suivants :

d'Henri-Rousselle : Parkinson post-encéphalitique avec séquelles psychiques. Syndrome hyperkinétique. Rigidité. Parole lente et monotone. Dépression hypocondriaque et gémissante. Anxiété : elle sait qu'elle va mourir. Idées pauvres de persécution. Opposition. N'a pu être conservée en traitement à l'hôpital. Réactions négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Un peu plus tard on note : Parkinson avec troubles psychiques : elle sent qu'elle va tomber malade, encore plus à cause du bruit de la salle. Elle croit qu'elle perdra la tête. On l'a faite sortir trop tôt de l'hôpital. Elle a été mal soignée à Beaujon : une infirmière lui faisait toutes sortes de misères, c'était terrible. Elle pleure, dit qu'elle est perdue, qu'elle ne reverra plus sa mère, qu'elle n'a plus d'argent...

A Maison-Blanche, M. le Dr DEMAY rédige le certificat suivant : Syndrome parkinsonien post-encéphalitique avec idées hypocondriaques, interprétation de troubles cénesthésiques ; la circulation se fait tout de travers dans son corps, son sang ne circule plus que sur deux

artères, etc... Elle dit avoir été mal soignée. Quelques idées à teinte dépressive : l'ennui la gagne depuis la mort de son mari. Etat général médiocre. Attitude figée ; marche à petits pas avec projection en avant. Asymétrie faciale ; anisocorie et irrégularité pupillaire. Le réflexe irien à la lumière existe des deux côtés, mais il est plus faible à gauche. Réflexes tendineux vifs, hypertonie musculaire. Voix monotone.

A la quinzaine, il ajoute : Etat interprétatif hypocondriaque. Quelques troubles de la cénesthésie : impression de piqûres par fluide électrique, la nuit au cours de son sommeil. Certains de ses organes fonctionnent mal : son foie par exemple, parce qu'elle a la langue sale.

D'après la malade le début de la maladie aurait été brusque : le lendemain de la mort de son mari elle eut un torticolis, puis l'hypertonie se généralisa.

Actuellement facies figé, légèrement asymétrique : effacement des rides de la moitié droite du visage. Pas de salivation ni d'enduit séborrhéique. Pas de tremblement visible, hypertonie nette des deux côtés, réflexes tendineux vifs.

La malade n'a pas eu d'enfant. Pas d'antécédents pathologiques.

Il y a deux ans crise dépressive parce que :

1) mort du mari.

2) parkinsonisme.

Mais depuis trois mois les troubles mélancoliques deviennent plus accusés avec idées hypocondriaques : « C'est la circulation qui me travaille, c'est encore mon retour d'âge. Je suis restée 4 jours sans uriner ni aller à la selle. Je guérirai, n'est-ce pas ? Suis-je incurable ? C'est une maladie de la volonté, je n'ai plus de volonté. La circulation se fait de travers dans mon corps, mon sang ne circule que sur deux artères. Ce que je sens, c'est atroce. Je maigris tous les jours. Je m'ennuie toujours, je voudrais dormir, il n'y a que là que je suis bien. La nuit je suis ennuyée sur toutes les parties de mon corps, comme par de l'électricité, ça me pique... ».

Plus tard elle se plaint le soir d'entendre la voix de sa sœur et de ne pas la voir.

La malade est morte sans que nous ayons pu l'examiner plus profondément.

OBSERVATION VI. — C. V. est entrée dans le service du D^r H. Ey à l'asile de Bonneval, le 9 juin 1933 ; elle était alors âgée de 39 ans, avec le certificat d'internement qui suit :

Tentatives de suicide par oxyde de carbone. Elle présente des hallucinations, voit continuellement des gens qui veulent la tuer.

A l'entrée : Syndrome anxieux avec éléments mélancoliques évoluant sur un fond probable de débilité mentale. Début de l'accès actuel semblant remonter à quelques semaines. Appréhensions multi-

ples, crainte d'hostilités à son égard. Tendance aux stéréotypes anxieuses. Peur de la mort avec réaction paradoxale de suicide. Idées hypocondriaques épisodiques. Bouffées hallucinatoires ; larmoiement ; instabilité motrice ; insomnie ; impulsions répétées au suicide : trois tentatives avant l'entrée. Chétivité, tachycardie, hyper-réflexivité patellaire. Déformation congénitale et symétrique des pupilles.

A la quinzaine il est noté : Mélancolie anxieuse sur fond de débilité mentale. Gémissements pauvres et stéréotypés. Lenteur motrice très marquée.

Au début de la vie à l'asile, la malade se montre très anxieuse, hallucinée, voyant des hommes qui lui veulent du mal et la poursuivent. Elle pleure et se lamente ; elle « sent remuer dans sa tête et croit que ce sont des bêtes » ; elle « ne veut pas manger, parce qu'elle a peur de vomir ». Ses veines sont « craquées » et le sang lui coule dans le dos, elle va sûrement mourir.

Tels sont les thèmes hypocondriaques dans lesquels elle se complait. Puis les troubles psycho-sensoriels deviennent plus intenses ; elle voit des têtes sur les carreaux de la salle, ou bien elle voit des figures se dessiner au plafond, « sans pouvoir distinguer si c'est un homme ou une femme » ; elle ajoute : « ce n'est peut-être pas vrai » ; elle est cependant surprise qu'on ne voit rien et poursuit : « Je n'ai qu'à lever la tête comme ça et c'est comme si une bête remuait au plafond. C'est toujours la même tête, ce n'est pas très clair, ça remue. Ça me paraît une figure au faux-col blanc. C'est peut-être une idée, je ne sais pas. C'est peut-être les yeux qui me font ça. Quand je vais auprès il n'y a plus rien ; j'ai de drôles d'yeux. A l'atelier, ce sont deux hommes, l'un est debout le long d'un poteau. Le soir, je vois quelque chose qui me fait peur : deux hommes qui me regardent au pied de mon lit, aussitôt que je suis couchée. C'est comme si ce serait au cinéma. »

Peu après le début est apparu chez cette malade un syndrome parkinsonien typique à prédominance gauche avec contracture extrapyramidale, roue dentée très nette, exagération des réflexes tendineux, perte des mouvements syncinétiques à la marche, réflexes pilomoteurs exagérés. Pas de crises oculogynes.

L'examen ophtalmologique montre : un coloboma de l'iris et de la choroïde de chaque œil. Du nystagmus ; un réflexe photomoteur très faible et du strabisme externe de l'œil gauche ainsi qu'une limitation nette de la convergence. Ce syndrome parkinsonien intense et typique ne s'est donc révélé qu'après l'entrée de la malade, au milieu de phénomènes hallucinatoires antérieurs et ultérieurs.

Par la suite la malade se montre toujours très troublée, au mois de mars 1934 il est noté par exemple : de plus en plus hallucinée, depuis deux jours regarde sans cesse le plafond, elle dit qu'elle aperçoit un nommé Charles qui lui fait du mal dans la tête et dans le ventre ; s'est écriée de toutes ses forces pendant le travail : « Il ne va donc

pas me laisser tranquille ! » Elle change ensuite de place pour ne plus le voir.

Les idées délirantes de la malade semblent diminuer : c'est à peine si elle se plaint : « C'est dans la tête que ça remue, c'est par moment. » Les troubles hallucinatoires sont au contraire très marqués : « Je vois des hommes qui s'approchent, ils sont plusieurs, c'est comme des ombres. Je me cache quand ils approchent de mon lit. C'est avant que je m'endorme. Ça doit être quelque chose qu'on me montre comme du cinéma. Je vois aussi une tête rouge, il y a des reflets... ».

La malade se rend compte de ses troubles, mais persuadée que, revenue chez elle, ces choses bizarres disparaîtront, elle réclame sa sortie avec véhémence. Ces troubles persistent cependant, on la trouve fixant le plafond longuement ou changeant de place à tout moment « pour voir si la même chose va se produire ». « C'est tout de même bien drôle », ajoute-t-elle.

Peu à peu elle devient extrêmement réticente, elle se plaint à nouveau de souffrir beaucoup, mais ne parle plus que difficilement de ses visions.

Une expérience de mescalisation n'a donné aucun résultat contrôlable, en raison de cette grande réticence.

OBSERVATION VII. — T., qui est en traitement dans le service du Dr PICARD à l'asile de Bonneval, est né en 1902. Il aurait présenté des troubles oculaires avec tremblement (?) à l'âge de 15 ans. Il a eu une encéphalite en 1923 ; en 1926, début d'un syndrome parkinsonien qui évolue d'une façon progressive et typique.

En 1927, un état onirique apparaît, sans confusion marquée, sans amnésie consécutive, avec simplement une modification de son état de conscience. Voici ce qu'il en dit : « J'étais dans une léthargie, très fatiguée, j'éprouvais beaucoup de lassitude. Un jour, vers 4 heures, je cherchais de l'herbe pour les lapins, j'ai eu la Révélation. J'ai senti comme des plumes dans les yeux, des plumes noires « entrevues seulement », de grandes plumes comme des plumes de pigeon. Elles se rabattaient sur mes paupières, je les sentais et les entrevoyais. C'était le démon. J'ai vu à cette période, en rêve, N. S. J.-C., comme 'en image. J'ai vu des figures de têtes très distinctes. Elles m'ont apparu en rêve. Ils regardaient en l'air et faisaient des sauts. Il y avait des robes blanches. Ils voulaient m'encourager, je les écoutais mais ils ne parlaient pas. Je voyais ces visions dans mes rêves comme ça m'arrive d'ailleurs encore. C'étaient des tentations en rêve ; il n'y a pas de différence entre les rêves et les visions, ce sont des tentations. »

Depuis lors, T. a fréquemment des « visions de rêve » et des visions figurées : figures, faces grimaçantes avec des cornes, images du diable...

C'est après cette période aiguë qu'un complet bouleversement s'est

opéré dans sa personnalité, aboutissant à une conversion catholique : il fit alors sa première communion. A partir de cette date, s'est développée une psychose d'angoisse avec un délire hallucinatoire. L'esprit du mal et l'esprit divin le font agir et l'inspirent. « Dieu, dit-il, me protège par son esprit, il repousse l'esprit du démon. C'est une sorte de fluide qui circule dans mon cerveau et repousse le démon qui descend comme une pierre. Il n'y a pas de conversation : l'esprit me guide mais ne me parle pas.

Il a encore des visions assez souvent. Il les distingue en « visions de rêve » et « visions intérieures ». Il dit aussi avoir eu le phénomène connu sous le nom de visualisation de la pensée ou plus exactement, il reprend, visualisation graphique de la pensée : il a vu des mots écrits pendant qu'il les pensait.

Une expérience de mescalisation a été faite chez ce malade sur laquelle nous reviendrons plus loin.

Nous avons réuni ces trois observations parce qu'elles nous paraissent toutes trois du même type. Nous retrouvons dans les trois les caractères essentiels de ce que nous avons appelé les états d'anxiété hallucinatoire :

1) L'anxiété et les idées mélancoliques qui constituent le fond même des idées délirantes de ces trois malades.

2) Les caractères oniriques des troubles psycho-sensoriels ; ces troubles étant surtout des hallucinations cénesthésiques et des hallucinations-hallucinoses visuelles : ces malades sont en effet très suggestibles et acceptent facilement la discussion de leurs visions. Ils interprètent cependant, pour en arriver à des idées délirantes d'influence. Dans l'observation VII, par exemple, le malade ne dit-il pas lui-même : « Ce sont des visions de rêve », et il exprime cependant plus loin son délire d'influence : « L'esprit me guide mais ne me parle pas. » Pour l'observation VI, c'est un nommé Charles qui lui fait du mal dans le ventre et dans la tête, parce que c'est ce Charles qu'elle voit au plafond. La malade dit aussi : « C'est quelque chose qu'on me montre comme du cinéma. » Cette phrase qui revient fréquemment lorsqu'on interroge de tels malades, exprime bien le caractère extrinsèque à leur personnalité, l'étrangeté, le sentiment d'une action autre que la leur qu'éprouvent ces malades. Fantômes, dont le sujet n'est souvent pas dupe, ces phénomènes puisent leurs plus importants caractères dans le psychisme même auquel ils correspondent ; suivant ainsi de très près le niveau mental, l'affectivité du sujet, « ils ne sont que l'expression du contexte psychique ».

3) Nous trouvons enfin chez ces malades des impulsions motrices qui peuvent parfois aboutir au suicide : trois tentatives avant l'entrée chez notre malade VI. Ces impulsions font partie du syndrome anxieux que présentent ces malades, soit au point de vue chronique parce que délirants hypocondriaques, soit d'une manière plus soudaine et par conséquent plus dangereuse, à l'occasion d'une période onirique.

III. Etats délirants hallucinatoires

Dans ces états nous trouvons, suivant le degré d'affaiblissement psychique, soit *des délires de type paranoïde* incohérents et absurdes, soit *des délires d'influence systématisés* survenant chez des malades dont la personnalité paraît à peu près intacte. Tous ces états ont été rangés, comme nous l'avons dit plus haut, sous des dénominations générales telles que la psychose hallucinatoire chronique. En fait, ils nous ont paru pouvoir être ramenés à deux types :

1) Des délires de type oniroïde, d'allure parfois épisodique. C'est dans ce groupe que nous rangerons volontiers les délires de type paranoïde : car ils sont caractérisés par l'aspect onirique des troubles psycho-sensoriels qui les alimentent.

2) Des délires d'influence qui doivent être englobés dans les Syndromes d'action extérieure de M. H. CLAUDE, où ils trouvent naturellement leur place.

OBSERVATION VIII. — A. H. est entrée une première fois dans le service de M. le Dr GOURIOU à Maison-Blanche avec le certificat d'internement suivant :

Syndrome d'automatisme mental. Hallucinations auditives de caractère généralement pénible. On lui fait des reproches, on lui dit que sa sœur est morte. Troubles cénesthésiques, a l'impression qu'on lui soulève les organes, qu'elle a un aimant sur la tête. Illusions : croit voir un visage de sainte Thérèse qui cligne des yeux. Interprétation des symptômes : on la fait trembler. Syndrome parkinsonien consécutif à une encéphalite (1918). Réactions humorales négatives.

A l'hôpital Henri-Rousselle, le Dr TARGOWLA écrit : Etat paranoïde avec syndrome d'automatisme mental. Hallucinations visuelles, auditives, psycho-motrices. Illusions. Interprétations des symptômes pathologiques. Paresthésie et troubles multiples de la cénesthésie, de la sensibilité génitale ; sentiment d'influence, d'emprise étrangère. Systématisation imparfaite. Début des troubles par un syndrome

anxieux. Syndrome parkinsonien : raideur, perte des mouvements associés, troubles oculaires, hémi-tremblement intéressant la tête. Encéphalite il y a une dizaine d'années.

A l'asile Ste-Anne le D^r SIMON note : Se plaint d'hallucinations et troubles de la sensibilité générale ; idées de persécution, découragement par intervalle ; parkinsonisme avec tremblement.

A Maison-Blanche, le D^r GOURIOU rédige les certificats :

Immédiat : Syndrome d'automatisme mental atypique avec éléments interprétatifs des troubles cénesthésiques, survenus chez une parkinsonienne. Notion d'encéphalite en 1918.

Quinzaine : Syndrome extra-pyramidal : tremblement prédominant dans l'avant-bras gauche, parole scandée, bradylalie. Tremblement de la langue. Inégalité pupillaire (gauche plus grande et déformée). Facies atone. Notion d'encéphalite en 1918. Rachialgie interprétée ainsi que les autres phénomènes pathologiques. Avoue des persécutions ; calme habituel.

La malade passa alors à peine un mois à l'asile, puis partit en permission dans sa famille : n'étant pas revenue après 3 mois, elle est remise en liberté avec le certificat suivant : Psychose encéphalitique : signes neurologiques, tendance aux faiblesses, onirisme et idées de persécution, interprétations de paresthésies. En permission depuis 3 mois dans sa famille qui désire la garder ; peut être remise en liberté.

Son état s'aggravant, sa famille dut la ramener 6 mois après, avec un nouveau certificat, où l'on note son excitation.

A son arrivée à Maison-Blanche, le D^r GOURIOU constatait : Parkinsonisme. Troubles cénesthésiques interprétés et point de départ d'un délire de persécution. Idées d'influence, de transformation corporelle ; hallucinations auditives.

La malade est morte le 25 mars 1936 de pneumonie.

D'après les renseignements de la famille, le tremblement aurait commencé un an et demi avant le premier internement. Le père est mort alcoolique, dans une crise de delirium tremens ; le fils d'une sœur est à l'asile agricole de Chezal-Benoît (arriéré).

Les parents disent que le début des troubles observés remonte à 1922, les troubles du caractère sont les premiers qui aient attiré l'attention. Il y eut ensuite de fréquentes crises oniriques : elle voyait dans les rideaux de sa chambre des hommes et des bêtes, la tête du Christ sur les murs. Un magicien lui promettait la nuit sa guérison, lui demandait ce qu'elle voulait ; il désirait faire d'elle une dompteuse d'animaux féroces. Un matin elle crut avoir pondu un œuf, elle en cherchait les coquilles dans son lit. Couchée elle ressentait des mouvements bizarres et s'imaginait que son lit était soulevé par des individus qu'elle voyait sur les murs. C'est ce que rapporte la famille qui ajoute : « Ces visions au début nocturnes deviennent plus tard également diurnes. Elle éprouvait des douleurs dans la tête et dans le dos : on lui arrachait les nerfs ». Ajoutons que, malgré

quelques notions de spécificité ancienne, les réactions humorales dans le sang et le liquide céphalo-rachidien ont toujours été négatives.

La structure essentiellement onirique de ce délire est probante, tout au moins dans le début des troubles ; par la suite les phénomènes interprétatifs et le sentiment d'influence complètent les matériaux nécessaires à l'élaboration d'idées délirantes mal associées et polymorphes. Retenons donc le caractère très scénique des troubles psycho-sensoriels auxquels fait suite le délire d'influence.

Comme nous allons le voir dans les observations suivantes, ce sentiment d'influence est souvent rencontré et le sentiment d'emprise étrangère nettement exprimé, suivant l'expression de M. P. JANET, dans les *Etats délirants hallucinatoires de l'encéphalite épidémique chronique*.

OBSERVATION IX. — M. est entrée une première fois dans le service de M. le D^r BEAUDOUIN, à Maison-Blanche, le 15 décembre 1932.

Le certificat d'internement était ainsi rédigé : Encéphalite épidémique chronique avec syndrome hallucinatoire. Depuis plusieurs années présente des voix rares et imprécises ; depuis quelques semaines, syndrome hallucinatoire auditif intense : insultes, menaces et annonces de malheur ou de mort. On lui envoie des « brûlaisons », des impressions génitales : elle se croit enceinte d'un Nègre. Ce sont les voisins et la police. Ne sait pourquoi on lui en veut. Anxiété et fugues nocturnes (retrouvée au petit jour dans un ascenseur). Plaintes, idées de suicide. Menaces, cris en réponses aux voix, impulsions subites, pleurs, violences soudaines : se dit influencée et obligée à ces réactions. Encéphalite aiguë en 1920. Strabisme divergent et ptosis gauche. Parkinsonisme au début, prédominant à gauche. Surdité. Débilité mentale initiale. Père alcoolique. Chorio-rétinite gauche probablement de l'enfance.

Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatifs dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Liquide céphalo-rachidien : alb. : 0,40 ; glob. : 0 ; leuc. : 0,2 ; benjoin : 00000.22222.11000.

À l'hôpital Henri-Rousselle on note : Déclamations, soliloque, cris : répond aux voix qu'elle entend et qui l'insultent, la traitent de voleuse. La police va l'arrêter. Troubles cénesthésiques. Inquiétude, impulsivité et fugues anxieuses. Parkinsonisme. Hypo-acousie.

Un état semblable marque son arrivée à l'admission de Ste-Anne : état hallucinatoire et délirant avec idées de persécution : on entre chez elle, la nuit, elle a entendu dire qu'on l'a mise enceinte, craintes d'empoisonnement et refus d'aliments ; gémissements bruyants : vou-

lait boire de la teinture d'iode parce qu'elle souffre trop. Encéphalite il y a 11 à 12 ans.

Le D^r BEAUDOUIN fit alors le certificat immédiat suivant : Syndrome hallucinatoire avec inquiétude ; voix lui annonçant la mort de son enfant. Atteinte antérieure d'encéphalite épidémique avec rigidité de la face, strabisme divergent et ptosis gauche. Débilité mentale soupçonnée et probable. Onirisme et idées de grossesse consécutives à la notion d'aggressions nocturnes.

La malade resta dans le service un an et demi environ et sa vie à l'asile fut sans incidents.

Transférée ensuite à Plougernevel où le même état persista, elle donna lieu au certificat suivant :

Immédiat : Délire hallucinatoire chronique évoluant sur un fond de débilité mentale. Des gens de son pays, ennemis de sa famille, lui parlent constamment en patois. Ils la persécutent depuis des années et l'empêchent de gagner sa vie. Stigmates de dégénérescence. Paralyse faciale gauche avec léger ptosis. Séquelles d'encéphalite.

Mais, en raison de son agitation, la malade doit être ramenée dans les asiles de la Seine.

L'onirisme avec idées de viol et de grossesse semble diminuer.

M. est mariée, elle a un enfant de 7 ans. Son père est mort à 58 ans, subitement, sa mère est décédée d'une congestion pulmonaire. Un frère est mort à l'âge de 14 mois.

Le faciès est figé, sans aucune mimique, la voix est nasonnée et monotone. Il existe une légère paralysie à la convergence. Les réflexes sont normaux. Hypotension et dysménorrhée.

OBSERVATION X. — U. est entrée à Maison-Blanche, le 22 septembre 1932, avec les certificats suivants de l'hôpital Henri-Rousselle :

1) Psychose hallucinatoire secondaire à une encéphalite épidémique. Idées de persécution et de grandeur. Elle a des enfants millionnaires. On lui fait beaucoup d'ennuis par jalousie. On la menace de mort. On lui lance de longues flèches dans les yeux ; on cherche à lui percer le cœur. Transmission de la pensée, électricité. Elle doit se marier prochainement avec le fils Rockefeller, qui a déjà eu des relations avec elle à Lille, lorsqu'elle avait vingt ans. Il est à Paris actuellement et lui cause par la pensée. Son père lui a légué, à elle toute seule, sa fortune parce qu'elle lui est apparentée. Elle est une L.-V. et Rockefeller est un V., son nom américain est un nom d'emprunt. Parkinsonisme.

2) Psychose hallucinatoire chronique et Parkinson post-encéphalitique. Encéphalite il y a 14 ans. Début apparent des troubles mentaux il y a 10 ans. Longue phase interprétative. Hallucinations d'apparition plus récente, avec syndrome d'automatisme mental, hallucinations auditives, olfactives et cénesthésiques. Interprétations multiples et actuellement encore très actives. Délire systématisé à thèmes

intriqués d'érotomanie, de mégalomanie et de persécution. Elle est recherchée en mariage par Rockefeller junior. Elle a eu autrefois de lui un fils. Il s'est fait connaître, plus tard, l'ayant retrouvée il y a 10 ans ; depuis il la surveille, il la suit partout, il est même jaloux ; il l'a accostée récemment pour lui demander l'adresse d'une maison Félix-Potin. Elle a fait de la transmission de pensée avec le père de celui-ci, qui a fait installer des microphones et des appareils pour la surveiller dans sa maison. A la mort de Rockefeller, la surveillance a été reprise par JIMMY WALKER, maire de New-York et Rockefeller junior. Elle entend sa voix, il lui a fait des déclarations d'amour. Par contre, des jaloux la persécutent, des voisins, le concierge qui lui fait des propositions avec menaces de mort. On cherche à l'ébouillanter la nuit. On lui fait sentir de mauvaises odeurs de carbone. Ses urines et ses selles sont nauséabondes. Elle rapporte son Parkinson à des machines. Hostilités dans le service. Réticences actuellement tombées. Parkinson typique avec prédominance à gauche.

A l'admission on note : a hérité, dit-elle, de la fortune de Rockefeller qui l'a adoptée et doit la marier avec son fils ; elle est d'autre part tourmentée par son concierge qui voudrait l'avoir pour maîtresse et l'ébouillante dans son lit ; transmission de la pensée qu'elle a comme don de naissance depuis le 22 juillet... Parkinson et palilalie. Encéphalite en 1918.

Transférée à Maison-Blanche, elle fut reçue dans le service de M. le D^r DEMAY qui rédige le certificat suivant :

Psychose hallucinatoire chronique paraissant évoluer depuis plusieurs années (1925) aux dires de la malade. Prédominance d'hallucinations psychiques : transmission et écho de la pensée. Troubles de la sensibilité générale et possibilité d'hallucinations de l'odorat et du goût. Idées de persécution et de grandeur : elle ne connaît pas ses ennemis, sauf son concierge qui est jaloux d'elle et a essayé de l'avoir comme maîtresse avec des appareils. Elle doit hériter de la fortune de Rockefeller qui est apparenté à sa famille. Parkinsonisme encéphalitique. Rigidité, facies figé, troubles de la parole qu'elle interprète en disant que c'est dû à des machines. Hypertension.

A la quinzaine, elle dit encore que 3 ou 4 invisibles, il y a quelques jours, lui ont versé de la cocaïne sur la tête, qu'elle sent des odeurs de gaz, qu'on lui brûle le palais. Elle entend prononcer son nom, elle fait des difficultés pour s'alimenter.

La malade, âgée de 50 ans, est veuve depuis 15 ans, elle a un fils de 28 ans, d'un premier mariage ; son premier mari était buveur, il est mort d'une congestion pulmonaire. D'un second mariage elle a eu une fille scoliotique, qui a été plâtrée à l'âge de trois ans, elle a actuellement (cette fille) 22 ans et elles vivent ensemble ; le deuxième mari est mort d'hémorragie cérébrale.

Trois de ses enfants sont morts en bas âge :

- un prématuré,
- un mort de diarrhée verte,
- un mort de commotion ?

Elle a fait deux fausses couches. Ménopause il y a deux ans. Elle a eu une fièvre typhoïde à l'âge de 13 ans et aurait été gazée pendant la guerre (?).

Bien orientée, elle présente, comme nous l'avons vu, des idées délirantes très actives :

Le concierge lui a fait des ennuis, par jalousie, il voulait l'avoir comme maîtresse, au mois de juillet dernier il a essayé de la prendre de force avec des appareils. Quand elle est seule, elle entend dans le lointain des réponses à ses pensées : c'est comme le téléphone. Elle répond. C'est ce que l'on appelle la transmission de pensée. On l'insulte, mais elle reste calme. Le concierge aurait été guillotiné récemment, aussi elle n'a plus peur, si ce n'est d'autres ennemis. Quand elle a peur elle reste au lit.

Elle devait se marier avec Rockefeller fils, le père de celui-ci est le frère de son grand-père paternel. Rockefeller lui a légué toute sa fortune, mais elle ne l'a pas touchée faute d'avoir sa signature légalisée.

Elle accuse ces appareils de transmission de causer son immobilité faciale et la gêne qu'elle éprouve pour parler. Ce sont aussi ces courants électriques qui lui compriment la bouche et la mâchoire depuis 1925 et c'est ce qui la fait trembler. On lui envoie des goûts amers, des odeurs de gaz qui lui brûlent le palais. On l'appelle par son nom, ce sont des hommes et des femmes, ces voix viennent de la ville... Pour la dédommager le gouvernement lui a décerné la Légion d'honneur.

Les réflexes tendineux sont vifs ; les réflexes photomoteurs sont normaux. Tension artérielle : 19-10.

Les réactions humorales sont négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

La malade a été transférée à Plougernevel le 6 novembre 1934.

OBSERVATION XI. — G. est arrivée à Ste-Anne le 5 mai 1936, âgée de 33 ans, avec un certificat d'internement ainsi rédigé :

Psychose hallucinatoire. Automatisme mental et hallucinations sensorielles différenciées. Conversations intérieures, ordres imposés, avec sentiment d'influence. Insultes, menaces, bruits divers ; hallucinations cénesthésiques : allégation de courants électriques. Réactions anxieuses et opposantes. Protestations contre son internement. Aspect figé de parkinsonienne, démarche scandée, facies figé, tremblement des mains.

M. le D^r CAPGRAS note en effet à l'entrée : Délire hallucinatoire ; idées confuses de persécution sans systématisation. Injures grossières. Communication à distance avec Hitler, la Chambre des députés, le Président de la République et beaucoup d'autres personnages. Interprétation de son tremblement qu'elle attribue à des ondes électriques. Se croit chloroformée et hypnotisée. Alternatives de gaieté et de tristesse. Parkinsonisme.

On relève dans ses antécédents familiaux que son père est mort

d'une laryngite tuberculeuse et qu'un frère est mort à 20 ans tuberculeux ; dans ses antécédents personnels, des gripes fréquentes chaque hiver, des règles irrégulières et une leucorrhée abondante, une fausse couche de 6 mois.

Le tremblement est survenu l'année dernière à la suite d'un état dépressif, ainsi que les crises ocylogyres, la première datant du mois d'août 1935.

Le facies est figé, hypomimique, le regard est fixe ; la parole terne et monotone suit un débit rapide. La sialorrhée est souvent abondante. L'hypertonie apparaît avec évidence à la flexion de l'avant-bras sur le bras et s'exagère par la manœuvre de Froment. Il n'y a plus de balancement des bras à la marche. Le tremblement fin, rapide et fixe est surtout net aux mains et à la langue. Les réflexes tendineux sont vifs. L'écriture est irrégulière. Hypertrichose du menton. Les réactions humorales ont été négatives.

Mlle G. présente donc un délire hallucinatoire d'influence et de persécution avec une base éroto-maniaque. Elle se plaint d'ondes nocives et réconfortantes qui venaient de chez les voisins, ces ondes l'ont faite s'évanouir et elle ajoute : « J'étais comme obsédée par de vilaines paroles que je n'ai jamais prononcées, paroles qui étaient restées dans ma mémoire. » Elle attribue à ces ondes son tremblement et croit être victime d'une Mlle M... C'est dans le but de se débarrasser d'elle qu'on la jalouse, car elle aime un administrateur du journal qui l'employait et elle sait en être aimée : « Par des regards ou des attitudes il m'a fait comprendre qu'il m'aimait. » Elle espère sortir pour se marier avec lui, il était marié mais a dû divorcer depuis... Elle dit d'ailleurs être en communication avec l'objet de ses désirs par « télépathie psychique », il n'est pas le seul qui lui parle ainsi ; tantôt c'est Hitler qui lui parle et lui demande d'être « interprète psychiatre, de rester en Allemagne comme otage pour qu'il n'y ait plus de guerre », tantôt c'est M. Lebrun, les députés ou d'autres personnes. Conscience partielle de son état, mais le fait de reconnaître les voix la trouble. Il s'agit probablement aussi bien d'hallucinations psychiques que d'hallucinations vraies : la malade dit elle-même : « c'est une conversation que j'ai intérieurement ». Elle présente, à côté de ces troubles auditifs, des troubles cénesthésiques : brûlures, piqûres, applications électriques, sensation de baisers sur la bouche, « un petit baiser comme un papillon qui vole devant ma bouche ».

« Je les ai entendues du jour où j'ai eu les oreilles percées par ces ondes », dit-elle, des voix qui l'importunent. Ces ondes sont aussi la cause de tous les troubles organiques qu'elle présente : on l'empêchait de parler (akinésie brusque probable) ; on la forçait de répéter certains mots plusieurs fois (papilalie) ; on la fait trembler ; on lui fait mettre les yeux au plafond, comme si on lui versait des gouttes nocives dans les yeux pour les lui faire tourner.

Elle se demande la raison de tout cela, elle a l'impression qu'on

fait des expériences sur elle, elle doit être un « sujet ». Au moment où on me travaillait, dit-elle, j'ai eu des visions, « je ne me rappelle pas ce qu'on me faisait voir, c'était des rêves ». Une nuit, elle dit avoir été réveillée par ces voix : « C'était la guerre », et par des sirènes, elle a senti une odeur « qui prend à la gorge » et croit qu'il s'agit de gaz asphyxiants, d'ailleurs, dit-elle, les malades toussaient autour d'elle. On a aussi cherché à l'empoisonner, un matin en prenant son petit déjeuner le lait s'est décomposé à plusieurs reprises, après avoir bu des infusions « elle s'est endormie comme une masse... ». Ces troubles psycho-sensoriels affectent souvent des thèmes religieux. « C'était souvent comme des visions célestes, chrétiennes, je voyais le Christ à côté de moi, allongé sur un brancard comme s'il était au-dessous de moi, c'était comme son ombre, une vision blanchâtre de grandeur naturelle, une forme qui n'était pas solide. » D'autres fois c'étaient des anges qui venaient pour me protéger ou bien Sa Sainteté le Pape.

Ces quelques observations de délires hallucinatoires encéphalitiques nous semblent suffisantes pour montrer la diversité des thèmes délirants et les caractères essentiels des troubles présentés.

On peut facilement voir qu'il est impossible d'isoler par la forme des idées délirantes un type autonome de délire encéphalitique. Dans toutes les psychoses hallucinatoires chroniques, dans tous les états délirants, on peut retrouver les caractères : étrangeté, fantastique, archaïsme, mélange de religion et d'érotisme, que certains auteurs ont voulu rendre pathognomoniques. C'est d'ailleurs l'avis de M. le D^r GUIRAUD qui écrit : « Au bout d'un certain temps d'évolution on ne peut plus du tout distinguer cliniquement les délires hallucinatoires encéphalitiques des délires hallucinatoires constitutionnels. » C'est donc seulement en examinant à fond les malades au point de vue physique et en fouillant les antécédents que l'on pourra poser comme probable ou comme certaine l'étiologie encéphalitique.

Souvent dûs à une faiblesse psychologique persistante, ces états semblent cependant pouvoir être parfois rattachés à des troubles oniriques aigus : les idées de grossesse de la malade IX, par exemple, sont consécutives à la notion d'agressions nocturnes. Mais ce qui frappe surtout en lisant les observations précédentes, c'est de rencontrer chez tous ces malades un sentiment d'influence et d'automatisme nettement exprimé et la prédominance des hallucinations psychiques ou psycho-motrices. Sujets d'expérience, victimes d'appareils, tous ces malades font ressortir le caractère xénopathique de leurs troubles tant psychiques que physi-

ques. Notre dernière observation (XI) nous paraît typique à ce point de vue. Tous ces cas entrent donc dans le syndrome d'action extérieure « dont tous les éléments sont l'expression de la tendance de la personnalité à rapporter ce qui est élaboré par sa propre pensée troublée à une action venue du dehors », suivant la définition même de M. le Professeur H. CLAUDE.

Nous avons ajouté à toutes ces observations de parkinsoniens encéphalitiques, celle d'une malade qui présentait une psychose encéphalitique sans troubles parkinsoniens. Nous la rapportons ici pour montrer l'importance des états oniriques dans les psychopathies encéphalitiques.

OBSERVATION XII. — S. S. est entrée dans le service de M. le D^r BEAUDOUIN à l'asile de Maison-Blanche le 3 novembre 1927, avec le certificat suivant de l'Hôpital Henri-Rousselle :

Encéphalite épidémique évoluant depuis trois ans. Manifestations psychiques persistantes à forme de troubles du caractère et de la conduite. Irritabilité, violences, colères non motivées. Mythomanie, onirisme nocturne, somnambulisme ancien. Hérédité vésanique.

Elle avait été amenée à Henri-Rousselle avec le certificat : Psychose post-encéphalitique avec onirisme nocturne, terreurs et réactions anxieuses. Troubles graves de l'humeur et du caractère. Perversions instinctives acquises. Insociabilité pathologique, verbosité fatigante, mythomanie. Disputes, pleurs, récriminations incessantes. Indiscipline, insolence. Actes absurdes au dehors. Violences dans sa famille et dans le service. Turbulence, met le désordre partout, dérange les autres malades. Cris, menaces, opposition, refus d'aliments. Inégalité pupillaire (D. plus grande), quelques secousses nystagmiques des globes oculaires. Sialorrhée matinale. Hérédité vésanique maternelle, somnambulisme ancien.

Examinée à son entrée, la malade se présente d'une façon puérile, comme une enfant capricieuse et entêtée, accueillant d'un air maussade tout ce qu'on peut lui dire pour la mettre en confiance. Elle ne s'irrite pas, mais reste hostile et ne répond pas aux questions qui lui sont posées. Elle avoue seulement, et cela avec une certaine ostentation, qu'elle a très mauvais caractère : elle répond mal à son père quand elle reçoit des observations ; elle le fait, dit-elle, bien volontairement, en pleine conscience et n'éprouve aucun regret. Le trouble du jugement se traduit par le retour stéréotypé de quelques arguments tout à fait absurdes ou enfantins : « Je ne peux pas rester là avec ces habits, je ne parlerais pas avec ces habits, changez-moi ces habits, je resterais volontiers ». Autre trouble du jugement : l'entêtement qu'elle met à considérer que tout le monde lui est hostile : « On veut me rendre neurasthénique, je suis trop maltraitée, on a profité de ce que je n'avais pas de pouvoir, on m'a mise à Ste-Anne pour me punir,

On veut me rendre folle ». Elle accuserait ainsi l'univers de mauvaises intentions à son égard.

Elle présente à l'examen somatique : une inégalité pupillaire, des secousses nystagmiques des globes oculaires. Les réflexes tendineux sont faibles. Aucun signe de parkinsonisme.

Sa mère, vieille démente précoce, est traitée depuis longtemps dans le service. D'après les renseignements depuis janvier 1923, date de début de son encéphalite, la malade aurait complètement changé de caractère. Dans le service elle se montre très difficile, se disputant souvent avec les autres malades, les bousculant, récriminant sans cesse, incitant même les malades à se révolter contre le personnel. Elle écrivait cependant à ce moment-là les vers suivants (intégralement transcrits) :

« Mon père est vraiment un homme de mérite,
et je vous assure que je l'en félicite.
Soucis, ennuis se sont tous succédés
pour venir tour à tour l'en accabler.
Oh ! que j'aime mon père !
ayant toujours mené
une vie très amère
et toujours tourmentée.
Que de dévouements ! n'ai-je pas à lui devoir,
durant ma maladie il vint toujours me voir,
ainsi que ma mère que je pleure tant,
car c'est pour moi qu'elle est malade à présent.
Quand elle sera guérie,
je serai moi aussi à mon tour
pour cette mère chérie,
ce qu'elle fut pour mes mauvais jours.
Que de joie éprouvions-nous et que de bonheur,
si je ne fus pas atteint de maladie,
mais jusqu'à présent ce ne furent que pleurs,
qui vinrent troubler le fil de notre vie.
Que de peine éprouve-t-on à se rappeler,
lorsqu'étant jeune encore, tout jeune enfant,
les bagatelles qui furent par nous causées
à nos parents qui souffrent maintenant.
Combien de fois, dans une journée,
nous voudrions de nous les éloigner
ces souvenirs qui furent si souvent
le désespoir et notre châtiment.
J'ai dix-sept ans et je suis sans métier,
insouciante jusqu'à présent de tout le passé.
Que dois-je faire pour arriver à travailler ?
Gagner ma vie tranquillement sans me disputer.
Il faut que je me fasse une raison,

à mon âge on n'est plus un petit chignon,
De plus ma mère est malade depuis trois ans,
Mon père est seul à la maison, se tourmentant.
Que puis-je désirer de plus que ma sortie,
car voici un certain temps que je suis séparée
de mon père qui m'aime tant, m'ayant élevée,
et je veux aller bien vite lui tenir compagnie.
je l'aiderai du mieux que je pourrai
et pour satisfaire ses moindres désirs
toutes ses volontés je les ferai,
pour qu'il finisse ses jours dans le plaisir.
Plus tard je me créerai un foyer,
Mon père me verra mariée,
nous vivrons tous en société,
et peut-être en compagnie d'un bébé. »

Elle raconte un jour à son père venu la voir que la nuit il se passe des choses extraordinaires : on lui comprime le cerveau, il y a des gens qui l'hypnotisent. Elle lui défend spontanément d'en parler, parce qu'on ne la croirait pas.

La malade par la suite se montre toujours très difficile, elle tente trois fois de se suicider : une fois en s'enfonçant une aiguille à la pointe du sternum, une deuxième fois, dans le bras, et enfin par strangulation.

Quelque temps après la malade se sent mieux, mais fait allusion à des phénomènes oniriques : dans sa chambre elle a un homme sur le lit avec une bougie allumée. Elle a eu l'impression de la réalité et explique en disant que ce sont des expériences médicales, on dédouble les gens. Elle a senti en dormant qu'on lui retirait son double. Elle a appelé celui-ci les yeux mi-clos, elle le voyait partir. A l'Hôtel-Dieu, elle a reconnu l'endroit où son double était passé. Elle a parfois la sensation de serpents qui l'entourent. On lui envoie aussi des choses, des sensations « dégoûtantes ».

La malade se montre cependant plus calme et plus docile. Elle est envoyée en congé dans sa famille et la sortie requise par celle-ci est accordée.

Peu après elle écrivait au médecin-chef le journal de ses nuits dont nous prenons quelques extraits :

« Savez-vous ce qu'il m'est arrivé cette nuit, ce matin plutôt, je commençais à m'endormir, il était à peu près 7 heures moins 10, les doubles rideaux étaient fermés lorsque tout à coup je m'éveille brusquement, je ne savais plus où j'étais, j'ai réfléchi une seconde, il y avait à mon côté droit un homme qui tenait une bougie allumée et en face de moi un autre qui regardait. J'étais éveillée à ce moment-là, je n'ai rien dit, je n'ai pas bougé ni même appelé mon père, car je savais de quelle source ça venait ; celui qui la tenait a éteint la bougie, j'ai entendu son souffle, et une fois qu'ils furent partis, j'ai tâté

la mèche pour bien m'assurer que je n'avais pas rêvé, elle était toute chaude. J'ai donc reposé ma tête sur l'oreiller et je me suis dit « je vais le dire au Docteur », les voix m'ont répondu que c'était vous qui le leur commandiez. Je ne sais plus que penser. »

Elle écrit plus loin :

« Cette nuit-là, j'avais très mal dormi, je me suis réveillée, puis, sans pouvoir faire un mouvement, puisque j'étais paralysée, j'ai senti sauter sur mon édredon, puis passer sur moi à tour de rôle des sortes de petits cochons d'Inde ou d'écureuils ; ils passaient sur mon corps en faisant leurs petits besoins. Puis il y en avait encore un qui était sur mon cou, quand je me suis mise à penser « pourvu qu'en passant sur ma poitrine, il ne me tâte pas le sein », au même moment la petite bête s'est mise en devoir de le faire. Trois ou quatre jours après je me sens réveillée dans la nuit, il y avait devant moi un homme assez jeune, il passait sa main sous mon drap du dessus et me demandait de lui donner ma main ; lui refusant, il la chercha en grimpant le long de moi comme une araignée qui tisserait sa toile, pris ne la trouvant pas il appela « Joseph » ; aussitôt, j'entendis une chaise remuer dans notre chambre, et le deuxième bonhomme apparut, cherchant à côté du premier, ma main ; puis, voyant qu'ils ne la trouvaient pas, ils sont repartis, mais impossible de me rendormir. Il y a un de ces hommes qui est revenu sous la forme de cochon d'Inde me supplier de lui laisser prendre ma main ; comme je lui disais qu'il la prenne vite, il appela le deuxième bonhomme par une sorte de bruit indéfinissable, puis voyant que je ne la leur laissais pas prendre, ils sont repartis ; mais cette fois pour revenir à huit petits cochons d'Inde dans mon lit et comme ma main était allongée le long de mon corps mais fermée, ils ont chanté, puis il y en avait un qui balançait sa queue sur mon cou et qui me faisait souffrir énormément. Les quatre autres ont mis leur queue dans mon poing fermé pendant qu'il y en avait un qui discourait. C'était le 1^{er} décembre, je me rappelle, ils venaient me souhaiter du bonheur puis il y en avait un autre à ma droite qui me flairait même étant éveillée, il venait se coucher à côté de moi, ou derrière ma tête en me chatouillant les oreilles.

« Une autre fois, je sentais qu'on essayait de me gonfler le ventre, comme je ne me laissais pas faire, au milieu de la nuit j'ai été réveillée en sursaut, toujours engourdie, j'ai senti et vu au moins sept femmes qui me montaient sur le ventre, j'étais oppressée et ne pouvais plus respirer, j'ai compris que c'était pour me punir d'avoir refusé de me prêter à la chose dont je vous ai parlé plus haut...

« Je ne peux me faire à l'idée que c'est vrai, pourtant je me suis rendu compte par moi-même : je venais de bien border mon lit lorsque deux minutes après je le trouve tout débordé et je sens qu'au-dessous de moi c'était dur et chaud. Je me suis alors aperçue que c'étaient des petits cochons d'Inde qui se mettaient dans mon matelas

et mon sommier, et comme je les chassais ils revenaient tout le temps; alors j'ai fini par me faire une raison et je ne les ai plus chassés. Comme j'essayais de m'assoupir, j'en ai entendu un qui disait à toute la bande : « Ça y est vous pouvez passer » et au même moment ils sont tous entrés dans mon ventre en me faisant gonfler. »

Elle écrit dans une autre lettre :

« Je n'ai pu m'endormir de la nuit. Lorsque j'essayais de m'endormir en répétant la formule du Professeur COUË, je tombais non pas dans le sommeil mais dans une sorte d'engourdissement et sans pouvoir me défendre, environnée de coquillages, de moules, de poissons, de sangsues, enfin de toutes sortes de bêtes qui vivent dans l'eau, puisque je sentais l'eau. La nuit suivante, comme je faisais la même chose pour m'endormir, je tombais dans le même engourdissement sans pouvoir me défendre et les yeux ouverts, puisque je savais que je ne dormais pas, et cette fois je suis tombée au bord de la mer parmi les requins, les crocodiles et je sentais qu'ils voulaient me dévorer. Puis je voyais devant moi, dans l'angle de l'armoire à glace, un esprit mauvais avec un long bâton appelé tête de loup, qui le faisait aller et venir devant moi pendant ce cauchemar ; une autre fois, comme il y avait un Christ pendu au mur juste en face de mon lit, je voyais dans la nuit étant éveillée un esprit aussi, une femme, qui priait soi-disant pour moi ; pendant ce temps, plus elle priait plus j'avais les sens éveillés : le démon me tentait. »

CHAPITRE III

Les hallucinations encéphalitiques et mescaliniques

Prédominance sur la sphère visuelle, organisation onirique, phénomènes de dépersonnalisation, troubles neuro-végétatifs associés, aspect paroxystique, relations avec la patho-physiologie du sommeil, tous ces caractères des hallucinations que l'on rencontre au cours de l'encéphalite chronique les apparentent aux troubles que l'on observe au cours des expériences de *mescalination*. Nous allons d'abord donner l'observation d'un sujet sain mescalinisé (1).

Mme L., étudiante en médecine, 24 ans, a bien voulu subir à deux reprises les effets de l'intoxication mescalinique. Voici les deux protocoles.

1° **Mescalinisation** (le 17 mai 1933). — A 14 h. 15, injection sous-cutanée de 0,25 de sulfate de mescaline. Léger engourdissement du membre inférieur.

A 14 h. 30. Sensation de plénitude stomacale. Léger état nauséeux. Désir de s'étendre. Lassitude. Appréhension de tout mouvement.

A 14 h. 45. Légère excitation ébrieuse. Euphorie. Sensation vertigineuse. Imprécision des distances. Prédominance et netteté des

(1) Cette observation fait partie des nombreuses épreuves de mescalinisation faites par M, le Dr H. Ey depuis quatre ans et qui sont encore inédites.

images consécutives. Etrangeté du son de sa propre voix. Conscience de l'ivresse légère.

A 15 h. Pouls 96. Sudation. Mydriase. Période de calme.

A 15 h. 30. Illusions sensorielles.

A 15 h. 45. Injection sous-cutanée de 0,10 de sulfate de mescaline. Quelques minutes après, euphorie, légère exaltation, impression de bien-être. Tout effort d'attention ou physique est redouté. Altération de la perception du temps.

De 16 h. 15 à 18 h. 30. Pouls 96. Mydriase. A ce moment les troubles hallucinatoires apparus depuis 15 h. 30 prennent une grande netteté. Perte du sens de la distance : « Je crois voir très petit au fond d'un long couloir une personne qui effectivement est dans le couloir à 3 ou 4 mètres de moi. » — Déformation des angles et des dimensions de la pièce qui paraît bizarre. Les ombres remuent. Les formes s'approchent, s'éloignent, s'attroupent (une chaise se rapproche de la table, l'angle du mur vient vers le lit). Impressions incertaines, fugitives et cédent au moindre effort d'attention. *Apparences caricaturales des personnes de l'entourage.* Déformation tantôt grotesque, tantôt légèrement angoissante, comparable à l'effet des glaces déformantes ou mieux encore à des figures vues au cinéma de très près et très obliquement.

Intensité étonnante des couleurs. Importance des détails : feuilles d'arbre, détails de tableaux ou de dessins, particularité d'un visage ; par exemple : importance grotesque de deux boutons sur le menton vus dans une glace.

Vers 17 h. 30. *Phase de torpeur* agréable. Isolement du monde extérieur. Nombreuses illusions : le papier des murs un moment fixé paraît prendre vie. Chaque rectangle du papier (uniformément « brique ») prend une couleur différente, et différente d'un instant à l'autre. Ce sont des tons fondus très doux, violet-bleu, vert-jaune, qui donnent des jeux de lumière riches et subtils. Les lignes blanches limitant les rectangles prennent une clarté étonnante. Des illusions de très fort relief étagent des rectangles en assemblages très variés. Parfois les lignes verticales disparaissent laissant seulement de grandes traînées horizontales. Parfois une limitation plus fantaisiste donne aux contours qui subsistent l'apparence de lettres cubiques. L'ensemble du champ perceptif est en mouvement, très agréable à regarder. Les rideaux fixes semblent richement drapés. Ce sont des draperies profondes où sont accentuées les lumières et les ombres. Elles sont animées d'un mouvement très doux. La texture du rideau (très banal) paraît très riche et par l'entrecroisement des fils et par la couleur de ces fils dont on croit pénétrer le moindre détail. Le moindre effort, le moindre élément extérieur détruit toute illusion que l'abandon absolu avait favorisée. D'ailleurs tout bruit, tout mouvement, tout ce qui attire l'attention est désagréable et agaçant. Impression dominante d'étrangeté.

L'étude des *post-images* révèle leur netteté, leur prolongation tout à fait anormales.

Pendant quelques heures encore subsistent un léger degré d'étrangeté du monde extérieur et une grande intensité des impressions lumineuses.

2° Mescalisation (le 19 août 1933). — A 14 h. Pouls 90. Tension artérielle : 13 1/2-6. Légère mydriase (dans l'ensemble il s'agit d'un sujet hypersympathicotonique et émotif).

A 14 h. 10. Injection de 0,30 de sulfate de mescaline.

A 14 h. 30. Impression de n'être plus dans le monde d'objets habituels. Pouls : 84.

A 14 h. 35. Subanxiété. Impression de mouvements du lit. Nausées.

A 14 h. 40. Torpeur. *Envie de dormir* et hyperesthésie sensorielle (plus illusionnelle que réelle).

A 14 h. 45. Phosphènes colorés. « C'est le cas de dire que je vois 36 chandelles ». Légère exaltation.

A 15 h. Les yeux fermés, a l'impression de voir se succéder des images très vites... Une forêt de sapins et sur le même rythme un défilé fasciste avec le bras tendu... Mouvements de foule. Têtes de monstres dans le carnaval. Il y en a 4 ou 5... Ouvre les yeux et dit : « Je voyais ces images... oui, c'est plus vif que la représentation... » Nouvelle fusée de phosphènes. Vague d'*angoisse, sueurs froides*.

A 15 h. 10. Nouvelle injection de 0,10 de sulfate de mescaline.

A 15 h. 35. Angoisse. Pouls : 100. Larmolement. Légère dysarthrie. *Etat subconfusionnel*. Les plis du rideau remuent d'arrière en avant et dans le sens latéral. Un pli pris dans la porte lui donne l'impression d'un grand mouvement. *Tout est barré de raies lumineuses* de tous les côtés.

15 h. 45. Angoisse. Sentiment de *peur*. Impression de mort imminente. Crainte que son cœur s'arrête. « *J'ai vu mes mains maculées de sang, de grosses pattes sales qui ne sont pas à moi* » (1). Effectivement regarde longtemps ses mains avec attention, très anxieuse. « Dès que je fixe un objet il se déforme très vite ».

Interrogée sur des questions d'anatomie du système nerveux, ses réponses sont mauvaises, fragmentaires. Elle dérive perpétuellement et son attention est continuellement captée par des « images ». Sa représentation du système nerveux est très concrète, faite de schémas en couleurs. Elle rit et a conscience de ses troubles.

(1) Nous devons signaler ici un des traits les plus intéressants de cette observation. Mme L. était par son nom de jeune fille homonyme d'un grand assassin. C'était une plaisanterie qu'elle faisait souvent de parler de cet assassin. Or, au cours de la mescalisation, pas une fois elle n'associa ce souvenir à ses fantasmes. Après l'épreuve nous lui dîmes : « Mais vos mains sanglantes c'étaient les fameuses « mains visqueuses » de D... » (Ces « mains visqueuses », expression trouvée dans un livre d'anthropologie criminelle pour désigner les mains de l'assassin célèbre, étaient l'objet le plus habituel de nos plaisanteries). Mme L. fut littéralement stupéfaite de ne pas avoir pensé à cela et fut très frappée de ce « refoulement » de la manifestation d'une des préoccupations qui, sous les apparences de plaisanterie, a toujours été depuis sa plus tendre enfance un des points névralgiques de sa vie affective.

16 h. 10. Elle perçoit des « mouvements » de danse très lente. Si elle passe sa main devant les yeux « ses doigts restent imprimés sur sa rétine » (*images consécutives très vives*). Elle perçoit des mouvements de corps bien moulés « comme sur des vases grecs ». Elle voit un corps de femme très beau, qui grandit quand elle regarde. (« Qu'est-ce que je tiens ! déclare-t-elle »). « On ne peut pas dire l'infime partie de tout ce qu'on voit défiler... (Au début je me disais : oh ! je n'aurai pas grand'chose, mais je me sens beaucoup plus atteinte que la première fois). » — En fermant les yeux elle voit des couleurs très vives. Elle essaye de se lever. N'a plus la notion des distances... Le parquet lui paraît très beau... « Ah ! dit-elle, je suis « partie »... C'est dégoûtant !... » Elle sent des « picotements » dans les mains. « Ah ! c'est formidable, dit-elle. C'est un jeu de lumière baroque, une déesse avec mille bras. Ça se *transforme*... Un bûcheron qui coupe du bois. Ce sont des jeux de lumière des Mille et une Nuits. — Au fond, encore cette sorte de déesse... Ah ! mais tout ça n'existe pas !... »

Vers 17 h. Cauchemars. Angoisse. Crainte de la mort imminente. Variations d'humeur. Rit, puis garde longtemps le silence. *Assoupie*.

A 17 h. 40. Sensation de la durée correcte. Raconte qu'elle vient d'avoir « des hallucinations formidables, comme des verres sculptés... Quand on m'a mis le brassard pour la tension artérielle j'ai eu l'impression qu'on me mangeait le bras. Mon pouls m'apparaissait tout à l'heure comme un corps étranger sonore... ».

Peu à peu tout s'apaise et la lucidité redevient complète.

Nous trouvons dans cette observation, parmi bien d'autres, la description d'une « *expérience hallucinatoire* » où les diverses variétés d'hallucinations (imagerie mentale vive, sensations cénesthésiques, visions, sensations de mouvement apparent des objets, etc.) se trouvent plus ou moins confondues et dont la nature *illusionnelle* est évidente. Le trouble léger de la conscience, les défilés d'images visuelles, l'ensommeillement, l'anxiété, l'impression d'étrangeté, sont autant de caractères que nous avons rencontrés avec une grande fréquence au cours des psychoses hallucinatoires encéphalitiques (états oniriques, oniroïdes d'action extérieure, dépersonnalisation, etc.).

Dans d'autres observations les *phénomènes cénesthésiques* sont plus nets.

Ainsi (toujours chez un sujet sain, le D^r R.) nous relevons dans une autre observation :

« Il me semblait sentir les différents plans tissulaires de la face, squelette et peau. Ma tête me paraissait déviée fortement et son axe longitudinal devenir très oblique. En même temps plusieurs parties

de mon corps me paraissaient perdre la continuité qu'elles devaient avoir... Parfois j'éprouvais un sentiment de dépersonnalisation... Ma personnalité ne m'apparaissait pas comme compacte et continue, mais étirée dans l'espace à la façon d'un large réseau entre les mailles duquel d'autres personnes ambiantes pouvaient se trouver et passer... »

Il faut remarquer qu'au début de l'expérience et dans les formes légères de l'intoxication il se passe quelque chose un peu du même ordre que les « hallucinations hypnagogiques » et généralement des « hallucinoses », c'est-à-dire de brusques troubles psycho-sensoriels, soit brusques visions de couleurs (phosphènes), soit apparition brusque d'*images ornementales*, soit brusques déformations caricaturales de la réalité. (C'est ainsi que l'un de nous, au cours d'une auto-expérience, a brusquement vu un de ses collègues avec une énorme fluxion dentaire grotesque et incorrigible pendant quelques secondes).

Si nous essayons de rapprocher cette expérience de mescalination des phénomènes observés au cours des troubles psycho-sensoriels des malades dont nous avons rapporté les observations, nous pouvons constater de nombreuses similitudes. Dans les deux cas nous retrouvons cette impression dominante d'étrangeté, étrangeté de la personnalité propre du sujet et étrangeté de l'ambiance. Fréquemment nos malades ont présenté des visions microscopiques ou lilliputiennes, que Mme L. exprimait en disant qu'elle voyait très petit comme au fond d'un couloir : dans notre première observation, les hallucinoses sont de la grandeur des carreaux de la fenêtre, alors même qu'il s'agit de visions panoramiques, « je ne comprends pas comment c'est si grand, le carreau de l'imposte est si petit », nous dit une autre malade (obs. III). Parfois aussi les personnes de l'entourage paraissent déformées : c'est ainsi que notre deuxième malade voit des figures difformes, dont le nez est déplacé, « des figures grotesques comme des masques », une autre (obs. III) affuble ses compagnes de moustaches blanches. La coloration de toutes ces images hallucinatoires passe, comme chez Mme L., des couleurs les plus vives à des tons fondus presque blafards ; et l'on constate souvent le changement des coloris les plus éclatants au blanc le plus terne. Il n'est pas jusqu'à la luminosité de ces phénomènes, luminosité générale et surtout luminosité périphérique, qui ne puisse servir de point de comparaison entre ces deux sortes d'états.

L'angoisse et la peur sont aussi des caractères habituels des hallucinations encéphalitiques et nous n'y insisterons pas plus, puisqu'elles nous ont servi à isoler le groupe des états d'anxiété

hallucinatoire encéphalitique. Tout cela s'est révélé dans cette expérience de mescalisation au milieu d'un état sub-confusionnel dont nous pouvons constater les nombreuses analogies avec les états oniriques encéphalitiques.

Dans cette expérience comme chez tous nos malades, la personnalité du sujet est en relations étroites avec les troubles psycho-sensoriels qu'il présente. Nous ne pouvons insister davantage sur ce point, qu'il nous suffise de rappeler la forte charge affective dont s'accompagnent les hallucinoses encéphalitiques et l'extériorisation de préoccupations subconscientes dans la mescalisation.

Nous voudrions enfin bien faire ressortir le caractère illusionnel des deux séries de troubles que nous comparons, il nous paraît particulièrement intéressant à noter et se présenter avec la même fréquence dans les deux cas. Mais alors qu'il est facilement décelable dans les troubles mescaliniques, puisque les troubles sont produits expérimentalement et peuvent être observés avec toute la minutie désirable, il est beaucoup plus difficile à mettre en évidence dans les états hallucinatoires que l'on peut voir en clinique psychiatrique où toute observation ne peut être basée dans la grande majorité des cas que sur le récit du malade lui-même ou de son entourage. Ce caractère illusionnel commence déjà dans le fait que toutes les visions hallucinatoires que nous avons pu observer chez nos encéphalitiques ou dans les intoxications expérimentales par la mescaline se projettent sur un écran propice situé devant le malade : mur, carreau de fenêtre, rideaux ; dans aucun cas l'image hallucinatoire ne s'est trouvée suspendue dans les airs sans un substratum réel : toutes ces images apparaissent « comme au cinéma » sur un écran plus ou moins plan et plus ou moins opaque. Ce caractère illusionnel est indéniable dans les déformations des personnes de l'entourage mais il est évidemment beaucoup plus difficile de le déceler dans les troubles psycho-sensoriels plus complexes. Nous pouvons cependant penser que les circonstances dans lesquelles se produisent ces troubles (endormissement, la nuit ou au crépuscule) sont bien faites pour favoriser un tel caractère : une impression sensorielle élémentaire, couleur, son, pouvant alors suffire peut-être à la construction de toute une image plus ou moins différenciée et dont on pourrait ainsi s'expliquer plus facilement les relations avec l'affectivité et la personnalité du sujet. Ce caractère illusionnel est particulièrement frappant lorsqu'on constate que chez certains encéphalitiques les phénomènes hallucinatoires sont, régulièrement et toujours dans le même sens, influencés par l'am-

bianche. C'est là un fait signalé par de nombreux auteurs ; LEONHARDT s'est spécialement intéressé à cette question et l'observation, extraite d'un de ses travaux, observation que nous avons largement citée dans notre historique, nous paraît tout à fait typique à ce point de vue : les phénomènes illusionnels étant très facilement produits le soir par simple interposition dans le champ visuel d'un verre vide. Nous avons aussi constaté un cas analogue : il s'agissait d'un malade qui au moment des crises oculogyres présentait des hallucinoses influencées chaque fois par les objets et surtout les couleurs qui se présentaient devant ses yeux à ce moment là. Ce caractère illusionnel est donc une analogie de plus entre les troubles mescaliniques et encéphalitiques dont nous avons vu les nombreux points de similitude et la prédominance visuelle très nette.

Nous ne voulons pas insister davantage ici sur les analogies physio-pathologiques.

*
**

Examinons maintenant quelle est l'action de la mescaline sur les parkinsoniens. Disons d'abord qu'elle est *inconstante*. C'est ainsi que sur six cas que nous avons étudiés, nous n'avons eu des effets dignes d'être rapportés que dans *deux cas*. Il faut d'ailleurs souligner que chez des individus très frustes et aussi très réticents, comme sont souvent des malades internés qui veulent sortir, il y a fréquemment dissimulation ou impossibilité d'expression des troubles.

Voici donc les deux observations que nous avons pu faire à Bonneval au cours de nos expériences de mescalinisation.

Nous ne les publions ici que pour montrer l'accroissement des manifestations hallucinatoires encéphalitiques sous l'influence de la mescaline. Bien d'autres points du plus grand intérêt pourraient être soulignés à propos de ces faits, mais ce n'est pas l'objet du présent travail.

I. Mescalinisation de la malade M. H. (OBSERVATION II)

1) Le 15 novembre 1935, une première expérience de mescalinisation est tentée :

A 9 heures : Injection de 0 gr. 15 de mescaline. Pouls : 92. Réflexe oculo-cardiaque (R.O.C.) : 92-80. Tension artérielle (T.A.) : 12-6.

A 9 h. 30 : Pouls : 84. Réflexe oculo-cardiaque : 84-76. Tension artérielle : 11-6.

La malade s'est assoupie un quart d'heure, puis vers 9 h. 1/4, sentiment d'angoisse, se met à pleurer : « Je vais mourir, tout s'en va dans

moi, je vois noir dans mes yeux, je vois des couleurs vertes et rouges et jaunes, tout s'en va d'ans moi, je vais mourir ».

A 10 heures : Pouls : 92. Réflexe oculo-cardiaque : 92-84. Tension artérielle : 12-6.

Elle voit des couteaux ouverts qui vont lui faire mal : « Ils vont me tuer, oh, maman !... », se met à pleurer en disant que des hommes la poursuivent.

Puis semble s'endormir, reste absolument calme et immobile sur son lit. Aucun tremblement, pas d'hypertonie, extrémités des mains froides.

A 10 heures 1/2 : Pouls : 96. Réflexe oculo-cardiaque : 96-112. Tension artérielle : 12-6.

A 10 heures 3/4 : Injection de 5 ctgrs de mescaline. Pas de tremblement, mais hypertonie prononcée, elle semble être en état de catalepsie : inerte dans son lit elle répond à peine aux excitations extérieures, abolition presque complète de la sensibilité.

A 11 heures 1/2 : Pouls : 112. Réflexe oculo-cardiaque : 112-102. Tension artérielle : 12-6.

La malade se réveille brusquement et jette des cris aigus : « Il faut que je crie, dit-elle, c'est plus fort que moi, je ne peux pas me retenir ». Elle supplie, qu'on veuille bien éteindre le feu qui est autour d'elle et qui va la brûler. Le tremblement est généralisé.

A 12 heures 1/2 : Pouls : 98. Réflexe oculo-cardiaque : 98-102. Tension artérielle : 12-6.

Grimaces, elle ne bouge plus, diminution de l'hypertonie. Elle voit toujours des flammes autour d'elle et n'ouvre les yeux que de temps en temps.

De 13 heures à 19 heures : la malade est particulièrement agitée, à partir de 14 heures elle jette des cris perçants, se débat, essaye de s'étrangler et de s'étouffer, réclame la mort à grands cris, pour ne plus souffrir. Elle se plaint tout le temps d'être entourée de flammes, monologue pour se rassurer : « Rassure-toi ma petite Madeleine, du courage, n'aie pas peur. »

A 19 heures : piqûre de scopolamine. Calme un quart d'heure et s'assoupit.

Pouls : 92. Réflexe oculo-cardiaque : 92-102. Tension artérielle : 10-5.

Par conséquent, au cours de la mescalisation, M. a présenté une anxiété extrême ; des crises palilaliques et tachyphémiques avec révolusion des yeux et objurgations à elle-même. Elle a fait plusieurs fois des tentatives d'autodestruction et se voyait entourée de flammes : Ça brûle, criait-elle. Après cette expérience, voici le récit qu'elle en fait : « Je m'en allais, je pensais que je n'avais plus de cœur, que tout s'en allait, je ne me sentais plus ; il me semblait que je n'avais plus d'intestin, j'étais vidée, j'avais envie de dormir, mais je ne pouvais pas. J'entendais le bruit des conversations, mais c'était très loin. Tout était rouge, ça me produisait l'effet qu'il y avait du

feu, mais je savais qu'il n'y en avait pas. Peut-être un moment, je l'ai cru.

« Quand je regardais les gens, le nez était tout drôle, pas au milieu de la figure. Ça me le faisait bien avant, mais pas si fort. C'était comique, mais je n'avais pas envie de rire. Il me semblait que ma tête et mes doigts enflaient. Ça me poussait à crier, ça me domine, j'ai essayé de me mordre les lèvres, mais ça part malgré moi. »

2) Le 20 novembre 1935, une deuxième expérience de mescalination a été faite :

Avant l'injection, tremblement léger, voit depuis huit jours environ un nuage rouge comme du sang, par moments brouillé de noir et de blanc ou une barre blanche illuminée, horizontale, qui traverse le rouge. Cette vision est surtout marquée à gauche.

Injection de 0,15 de mescaline à 8 heures 53.

Immédiatement après l'injection, pendant quelques secondes, mouvements brusques et saccadés de l'avant-bras. Puis tremblements légers. Dit : « Ce n'est pas pour mourir que vous m'avez fait cela. Je tiens à vivre ; parce que je suis jeune encore ».

Au bout de 5 *minutes*, les yeux se brouillent, un voile blanc passe devant le rouge, conserve toujours la perception du rouge, qui apparaît moins foncé.

Au bout de 7 *minutes* léger assoupissement. Ferme les yeux, léger papillotement des paupières. Elle a envie de dormir. Tous ses membres se trouvent engourdis. « Il me semble que je ne vois plus clair, tellement cela me fait un voile devant. » Voit moins rouge. A la sensation que sa mâchoire s'en va latéralement. Tremblement très marqué, par moments, probablement en rapport avec le changement de place. Plus calme, s'assoupit. Le tremblement cesse.

Au bout de 13 *minutes*, voit tout blanc, n'aperçoit plus le rouge, ses yeux sont voilés.

Au bout de 15 *minutes*, dyspnée légère, mais cela lui arrive souvent. Tremblement brusquement plus violent, qui se calme rapidement.

Au bout de 16 *minutes* : « Ma tête remue, comment cela se fait. Elle ne remue pas ainsi d'habitude. Cela remue en moi, dans l'estomac, comme lorsque je prends mes gouttes ».

Au bout de 18 *minutes*, sa vue baisse beaucoup. Au lieu de voir une réunion de planches devant elle, ne distingue qu'une planche unie, sans rainures. Contraction de la face. La bouche est attirée à gauche. Ne durant que quelques secondes, et se renouvelant assez souvent.

Au bout de 20 *minutes*, entend moins bien qu'au début, a une forte envie de dormir. Tremblement très léger, n'existant qu'au niveau des mains.

Au bout de 23 *minutes*, les dents s'entre-choquent. Etat nauséux, puis tremblement généralisé, ne durant que quelques secondes.

Au bout de 27 *minutes*, salivation abondante. Craint toujours que tout cela soit fait pour la faire mourir.

Au bout de 28 *minutes*, voile devant ses yeux, très épais, distingue cependant, mais tout lui apparaît brouillé, entend à peine.

Au bout de 29 *minutes*, ses yeux étant ouverts, voit des images noires représentant des grosses bêtes : chameaux et chevaux réunis, mobiles, qui défilent à la parade, très nombreux, difformes, il y en a qui n'ont pas de tête. Les voit sur la planche qui forme le mur, comme au cinéma. Puis au bout de 2 minutes, cette vision disparaît et fait place à une grosse boule noire.

Au bout de 33 *minutes*, vision rouge, comme une tache de sang. Accès de chaleur. Les mains sont moites. Tremblement très marqué. Dit : « Je voudrais bien me calmer ». Pose les mains à plat sur ses draps, le tremblement diminue considérablement, pour s'arrêter presque.

Au bout de 35 *minutes*, a la sensation que son cœur s'en va, ce qui ne dure que quelques secondes. Crainte de la mort. Entendant des voix non loin d'elle, qu'elle ne distingue pas, mais qui l'agacent.

Au bout de 37 *minutes*, a la sensation que quelque chose coule dans son bras droit, au début chaud, puis rapidement froid, et froid et chaud en même temps. Elle se calme, s'assoupit de nouveau. Elle dit : « Cela bout dans mes mains, comme si j'avais la fièvre. J'étouffe littéralement. »

Au bout de 39 *minutes*, quelques soupirs. « Il me semble que ma tête se vide. J'entends des sifflements dans mes oreilles. » Voit des boules noires, comme des ballons, sur la planche du fond, qui dansent en ce moment. Tout ce qu'elle voit est noir. Depuis quelque temps souffrait de brûlures aux talons. Cette sensation vient de disparaître.

Au bout de 43 *minutes* : « J'entends un bourdonnement. Il me semble que tout dans moi se vide. » Pour l'instant déviation de la bouche, contraction des muscles péri-buccaux ne durant que trois à quatre secondes.

Au bout de 45 *minutes*, voit rouge et noir à la fois. « C'est du noir qui vient par-dessus le rouge ».

Au bout de 46 *minutes*, douleur vive dans la région sous-occipitale. Sensation de brûlures qui disparaît au bout de deux minutes, puis se sent amollie, léger assoupissement, tremblement très fin au niveau des mains.

A la 49^e *minute*, pleure et dit : « Je vais mourir, ma petite maman mignonne, mon petit papa mignon, mes chers parents. »

A la 52^e *minute*, dit qu'elle éprouve de la peine pour parler, voit une lumière blanche. (Il faudrait la laisser tranquille, ne plus lui parler, cela l'agace).

A la 54^e *minute*, sécheresse de la bouche. Insiste pour la laisser au repos, puis dit : « Je sens des bouillonnements dans les oreilles, c'est intolérable. »

A la 58^e minute, assoupie, puis dit avoir mal au cœur, pousse un profond soupir. Sensation que tout se vide dans son cœur, qu'elle va mourir.

1 heure 5 : Voit tout noir, distingue cependant nettement ce qui l'entoure.

1 heure 7 : Pleure, craint de mourir sans voir ses parents, ses parents qu'elle aime tant. « Je ne veux pas m'en aller sans vous voir. Cela me fait l'effet que je n'ai plus de cœur. »

1 heure 9 : *Pouls 100*. Le pouls est plus marqué qu'avant l'injection où il était très difficile à compter à cause de son tremblement.

1 heure 11 : *Nouvelle injection de mescaline*.

S'endort à nouveau peu après la deuxième injection.

1 heure 14 : Frissons dans le dos. A envie d'uriner, mais ne le peut pas. Tremblement généralisé.

1 heure 20 : Calme, assoupie, se sent amollie. « J'entends des bruits dans l'oreille droite, cela bout, cela m'agace beaucoup. » Ne peut conserver l'oreiller sur ses pieds.

1 heure 23 : « Du coup cela y est... Je m'en vais mourir... Cela me remue tout dans moi... Je me sens plus légère. »

1 heure 26 : Les yeux étant ouverts, voit rouge, puis voit des bêtes courir, comme des sangliers, ensuite une barre noire et dit : « J'ai les yeux voilés ». Il faut lui enlever l'oreiller qu'elle a sur les yeux car elle éprouve une sensation de chaleur généralisée. Lorsqu'elle ferme les yeux, voit une lumière brillante, comme le soleil. Depuis quelques instants, bâillements très fréquents.

1 heure 30 : « Cela me bouillonne tout autour du cœur. » Tous les bruits qui lui parviennent l'agacent et entraînent un tremblement plus ou moins généralisé, vite épuisé. Voit trouble lorsqu'elle ouvre les yeux. « Il me semble que vous êtes deux ici. Lorsque vous me parlez j'entends deux voix d'homme. »

1 heure 37 : Lorsqu'on la touche, ressent une sensation bizarre, « comme de l'électricité », moins marquée au niveau de l'avant-bras et du corps, avec sensation de brûlures.

1 heure 41 : Les yeux étant fermés : « Je suis transportée au pays des belles choses. Je ne comprends pas ce que vous me dites. Je vois de belles toilettes, de beaux chapeaux, de belles robes, de beaux colliers. » Tout cela dure une minute environ. Dit que tout se passe dans ses yeux. Conserve longtemps après le souvenir de sa vision. Quelques instants après douleurs abdominales.

1 heure 46 : Sensation que sa tête se vide, « comme une caisse vide ». Reconnaît parfaitement les personnes de son entourage, conserve une lucidité normale, et pense sans plus de difficulté que normalement. En ce moment perçoit un voile blanc devant les yeux.

1 heure 52 : « Je me sens plus légère, on dirait que ce n'est pas moi. Je remuerais mieux que d'habitude. » Frissons dans le dos. A toujours envie d'uriner. Craint d'avoir uriné dans son lit, ce qui n'est pas exact. Tremblement très marqué.

1 heure 56 : Au moment d'uriner pousse quelques cris et se dit à elle-même : « Fais pipi, Madeleine. Il ne faut pas être exigeante, Madeleine. » Se trouve très raide actuellement. Repousse quelques cris : « Ne crie pas, Madeleine. C'est vilain de crier comme cela. »

1 heure 59 : « J'étouffe. J'ai trop chaud. Tais-toi, Madeleine. » Faciès crispé. Salivation abondante. Crie. Crispe ses mains sur sa figure. Tremblement très marqué, surtout à gauche, au niveau du membre supérieur. « Tais-toi, Madeleine. » Cris stridents, allant crescendo. Sensation de cheveux entrant dans la bouche. Répète : « Mon Dieu, mon Dieu. » Fais quelques mouvements avec ses bras, comme si elle repoussait quelqu'un.

2 heures 5 : Me dit : « Vous êtes une torche vivante autour de moi. »

2 heures 7 : Me dit de ne pas la quitter. « Lorsque j'ai des crises comme celles-ci personne ne me comprend. » Chaque fois que je la touche elle éprouve la sensation de « l'électricité ». Répète plusieurs fois le mot que je prononce. Epreuve beaucoup de peine pour parler. Continue à répéter des syllabes. « Ne crie pas comme cela, Madeleine est mignonne. » Elle ne me voit pas nettement. Ayant de la difficulté pour parler répète : « Madeleine, explique-toi. » « Pourriez-vous m'empêcher de crier comme cela ? » Les malades étant en train de manger à côté, dit : « Comme cela sent du bon fricot à côté, ils dansent pendant que je pleure. » « Je ne me sens pas très bien, j'ai trop chaud, j'étouffe. »

2 heures 13 : Redevient calme. « Tout ce que j'entends m'impatiente. » Maintenant n'a plus la sensation de l'électricité lorsque je la touche. « Qu'est-ce que vous avez mis autour de moi, on dirait un serpent, ou un caoutchouc qui m'enserre. C'est un caoutchouc. » Cris stridents. « Tu ne mentiras plus, ma petite Madeleine mignonne. » Ses paupières lui semblent plus lourdes que d'habitude, a de la peine pour ouvrir les yeux. Tout est brouillé, voit tout rouge.

2 heures 23 : Ce qu'elle a sur elle est très lourd. « Jamais je n'ai éprouvé ce que j'éprouve aujourd'hui. Tu n'aurais dû jamais dire que tu voyais rouge, ma petite Madeleine mignonne, tu ne serais pas revenue à l'infirmerie. Les crises étaient complètement disparues et elles reviennent maintenant, cela faisait longtemps que je n'avais pas eu de crises aussi fortes, est-ce pénible d'avoir une sale maladie comme celle-ci. » Parle en répétant plusieurs fois le même mot. M'entend parler avec un autre Docteur, alors que je suis seul et que je viens de lui poser des questions. Je dis des mensonges contre elle, mais elle ne veut pas préciser.

2 heures 29 : « Je m'en vais, de grâce appelez mon papa et ma maman. » Pleurs, cris légers, vite disparus. « Vont-ils faire silence autour de moi que je puisse faire un bon somme, il y a si longtemps que je n'ai pas dormi. »

2 heures 32 : Douleurs aux talons, comme des brûlures, s'inquiète de l'heure pour que j'aille déjeuner. « J'éprouve la sensation que je

vais mourir, littéralement. Faites prévenir mes parents, Madeleine mignonne, toi qui étais grasse comme une loche, vas-tu mourir ici. » « C'est tout rouge quand j'ouvre les yeux ; c'est rosé maintenant. Je vois de gros bonshommes qui viennent vers moi pour me tuer, ils sont barbus, ils approchent, ils sont aussi grands que des hommes ordinaires. » Puis tout cesse brusquement, cela a duré quelques secondes, 30, 40. S'inquiète si je suis parti. « Il ne faut pas que je sois exigeante comme cela. »

2 heures 42 : *Pouls 104*, assoupie aucun tremblement. « Je me sens toute légère. Je ne sens plus rien. » « J'ai l'impression que mon cœur s'en va de plus en plus, que mon cœur va me conduire à la tombe. » Elle voit toujours rosé. « Cela me fait l'effet que mes membres sont endoloris, gourds, comme si on m'avait battue à coups redoublés. » Bâillements très fréquents, elle dit alors : « Bâille donc Madeleine. Bâille donc, que tu fasses un bon somme. » Elle pense à ses parents qui sont si bons pour elle. Voit un objet rose sur un fond blanc qui devient bleuté, violacé. Si on enlève l'objet rose et qu'elle fixe le papier blanc, voit tout vert, pendant environ 15 secondes, puis revoit tout blanc. Sur un fond blanc on place un objet bleu, au bout de 12 secondes, il devient plus bleu. Voit du rouge autour, revoit blanc dès qu'on l'enlève, blanc rosé au bout de 15 secondes, puis blanc. Regardant une feuille blanche on lui dit qu'il y a un objet rouge, elle le voit tout rouge comme du sang, alors qu'il n'existe pas. Continuant à regarder la feuille blanche, voit du blanc verdâtre. On lui met un papier blanc devant les yeux, on lui dit de se représenter un carré vert, elle ne veut pas. Un objet vert devient beaucoup plus vert au bout de 10 secondes. Elle le voit double, on le lui enlève, elle voit tout rouge, une grosse barre rouge. Au bout de 40 secondes, moins foncée, disparition au bout de 50 secondes.

3 heures 9 : Me dit que quand elle était jeune, au moment de ses crises, elle cherchait à se faire du mal, à s'étrangler. Se rappelle très bien les bonshommes dont elle a eu la vision tout à l'heure, dit que ce n'est qu'une image et à ce propos parle de ses tentatives de suicide.

Les choses autour d'elle lui paraissent toutes rosées, toutes changées, mais ne peut expliquer ce qui lui semble bizarre.

3 heures 17 : Chante à voix basse un cantique, parce qu'elle va guérir. Elle est très contente.

3 heures 19 : *Injection de 0,05 de mescaline.*

Engourdissement de la cuisse droite, alors que toutes les piqûres ont été faites à la cuisse gauche. Continue à chanter un cantique. « Je ne suis pas malheureuse, je suis dans un lit bien chaud, bien doux. Mon esprit vagabonde. » Lorsque je la touche éprouve la sensation « qu'elle s'en va littéralement ». « Je pense toujours à mes parents, si gentils, aux docteurs qui sont si bons pour moi, aux bonnes sœurs qui m'entourent de tous leurs soins. »

3 heures 31 : Voit des barres de fer rosées. Lorsque je lui pose une question se dit : « Explique-toi Madeleine ; explique-toi vite ». N'éprouve pas la sensation de la faim. Très lucide. Se rend compte de la diminution de la clarté qui vient de se faire assez brusquement. Voit dans le fond des planches rosées. Lui montrant un porte-plume, en voit deux, d'abord dans sa couleur (dorée) au bout de quelques secondes, le voit devenir vert, puis rouge sombre, d'une durée de 30 secondes, pour reprendre enfin sa couleur.

3 heures 37 : Elle me dit lorsque je suis auprès d'elle sans lui parler, elle a l'idée que M. MARQUET me parle de son état, elle me dit ne pas distinguer, mais pense que nous parlons d'elle.

3 heures 39 : Assoupie, puis brusquement, voit des animaux grotesques, comme des cochons-sangliers, ils sont mobiles, sur plusieurs rangées, ils courent dans le désert, ils défilent à la parade (2 min.).

3 heures 42 : Voit des tringles de fer qui l'entourent à un mètre d'elle, elles grossissent, sont noires, ne voit rien au delà. (Durée 2 minutes).

3 heures 45 : Actuellement voit normalement.

3 heures 47 : Pouls 102. Le bruit l'agace, un froissement de papier, par exemple.

3 heures 49 : Très assoupie, aucun tremblement. Sensation de brûlures au niveau du talon droit. D'habitude ce sont les deux talons qui sont touchés. Cette brûlure entraîne un tremblement très marqué de la jambe droite, très vite épuisé.

3 heures 52 : Très assoupie. Ne semble pas entendre les questions posées, reste les yeux fermés, ne présente aucun tremblement. « Tout s'endort autour de moi. »

3 heures 55 : Voit de gros ballons noirs mobiles, s'entre-choquant. (Durée 1 min.).

3 heures 56 : Sur un fond illuminé, revoit ces mêmes ballons noirs. (Durée 1 min.).

4 heures 12 : Lui montrant une feuille de papier blanc, elle la voit blanche entourée d'un cadre noir. Au bout de 20 secondes, voit se dessiner une forme verte, irrégulière, persistante, semblant se déplacer sur la droite.

Mettant un carton rosé sur un fond blanc, elle le voit d'abord bleuté, puis violacé, au bout de 20 secondes devient rose, 40 secondes, rouge et persiste dans cette teinte. Enlevant le papier rose, voit sur la feuille blanche des barres noires, qui, au bout de 15 secondes, deviennent vertes, au bout de 30 secondes, bleues, pour devenir vertes au bout de 45 secondes.

4 heures 15 : Voit un fond noir devant elle, sur lequel se trouvent des animaux grotesques qui courent, qu'elle ne peut reconnaître, ils sont avec des hommes grands, munis de fourches, pour conduire des cochons-sangliers (duré 1 min. 1/2). Disparition de la vision pendant 1 minute, puis nouvelle vision identique à la précédente, pendant 1 minute. Se sent toute amollie. « Je sens que ce n'est pas moi,

je ne me sens pas comme d'habitude. » A envie de dormir. Pouls 104, demande qu'on la soulage de la brûlure qu'elle a au talon.

4 heures 25 : De nouveau se met à chanter un cantique à voix très basse. Dans les heures qui ont suivi, a uriné à plusieurs reprises, environ 2 litres. Se parlant à elle-même a dit : « Il y a deux Madeleine, l'une à la 4^e, l'autre à l'infirmerie. » A continué à souffrir du talon où elle éprouvait une sensation de brûlure. A eu des bourdonnements d'oreilles à plusieurs reprises, se trouvant très fatiguée. L'examen du fond de l'œil pratiqué au bout de 4 heures, puis au bout de 5 h. 1/2 a montré dans les deux cas une vaso-constriction des artères et une dilatation veineuse. A continué à percevoir ce qui l'entourait en rose. Dans la nuit, a eu beaucoup de peine à dormir et a rêvé qu'elle se trouvait avec ses parents, qu'elle était plus légère et plus souple, plus adroite ; qu'elle croyait jouer à saute-mouton. Le lendemain elle dit avoir eu l'impression de mourir après la piqure de mescaline. Toute la journée elle a vu rouge, elle voyait également des sangliers, des chameaux, et des animaux sans tête qui défilaient devant ses yeux comme sur l'écran du cinéma. Des hommes armés de fourches les poursuivaient. D'autres hommes armés de couteaux voulaient les tuer. Après, elle voyait des ballons de foot-ball noirs, des barres de fer en forme de carrés ou de rectangles. Aujourd'hui, il lui semble qu'elle va mieux, ne voit pas rouge, distingue les couleurs naturelles.

Le lendemain matin ne voit plus rouge. Cependant, par moments, perçoit de gros barreaux noirs sur un fond blanc, avec de grosses mouches, rondes, noires, en très grand nombre. A eu encore quelques douleurs abdominales. Souffre moins de ses talons. Dans l'ensemble, se trouve mieux, surtout au point de vue visuel, dit que ses yeux sont droits, pour expliquer qu'ils ne regardent pas en haut, comme cela se produit souvent.

Trois jours après, ses yeux lui semblent toujours plus droits : « On dirait qu'il y a quelque chose de retiré, mes yeux me semblent plus légers, cependant, je vois beaucoup plus double que d'habitude, on dirait que je louche. »

Le mur vert qui se trouve devant elle lui semble plus foncé qu'avant. Son œil gauche lui semble fixe et hier elle a eu une vision rouge, ayant duré environ 2 heures, seulement au niveau de l'œil gauche. Pendant ces instants, le nuage rouge qu'elle voyait était traversé par une barre illuminée.

Actuellement, devant le mur vert, se forme un nuage blanc qui persiste assez longtemps, tout en lui permettant la vision du vert, en même temps qu'apparaît un rayon lumineux très brillant représentant « comme un soleil ».

Aujourd'hui, le tremblement est beaucoup moins marqué et dans l'ensemble, depuis trois jours, elle dit qu'elle a beaucoup moins tremblé.

Par la suite, la malade se montre plus calme. Sa famille l'ayant reprise, au bout de deux mois de congé, la sortie définitive fut signée.

II. Mescalisation du malade T. (OBSERVATION VII)

L'expérience a été faite le 7 mars 1936.

A 9 heures 1/4 : Injection de 0 gr. 15 de mescaline. Pouls : 84. Réflexe oculo-cardiaque : 84-70. Tension artérielle : 12-6.

A 9 heures 1/2 : Le malade veut se lever pour marcher, il se lève et va uriner. Il se croise ensuite les mains et fait une prière « pour appartenir à Dieu ». Il ne veut pas parler à son voisin de lit, car il prétend que c'est le diable.

A 10 heures 1/4 : Pouls : 84. Réflexe oculo-cardiaque : 84-80. Tension artérielle : 12-6.

A 10 heures 3/4 : Pouls : 92. Réflexe oculo-cardiaque : 92-88. Tension artérielle : 15-8.

Il s'emporte contre son voisin, dit que c'est un possédé du diable. Il veut le chasser : « Va-t-en, va-t-en. », expression qu'il répète sur un mode palilalique. Il ajoute : « Va-t-en, Satan. » Salivation abondante, congestion céphalique. Si on veut l'interroger sur sa vision du démon, il dit qu'il ne se rappelle pas. Cinq minutes après, il reprend la même formule : « Va-t-en », en faisant des mouvements de défense.

A 11 heures : Injection de 0 gr. 15 de sulfate de mescaline. Pouls : 98. Réflexe oculo-cardiaque : 98-92. Tension artérielle : 14-8.

Il veut prier, mais le démon est plus fort et l'en empêche, dit-il. Il s'énervé de plus en plus, fait des gestes désordonnés pour écarter le démon. Il fait des bonds dans son lit ; ses yeux prennent une direction verticale, il grince des dents. Il se tourne vers son voisin de lit, et, voyant en lui le démon, il se lève, se précipite sur lui, le prend au cou, il crie, gesticule, puis se recouche. Cette scène recommence au bout de quelques minutes.

A 12 heures : Pouls : 114. Réflexe oculo-cardiaque : 114-126. Tension artérielle : 18-9.

Il se lève et va encore menacer son voisin. Par moments, il tend les bras en avant comme pour se protéger.

A 14 heures : Depuis midi, agitation constante. Il s'est précipité de nombreuses fois sur son voisin, et, chaque fois, il s'arrête brusquement. Il est tellement agité et menaçant qu'on est obligé de le maintenir.

A 16 heures : Alternatives de calme et d'agitation. Pouls : 104. Réflexe oculo-cardiaque : 104-126. Tension artérielle : 24-10.

Examen ophtalmoscopique (D^r DUBAR) : Difficile, seul l'œil droit a pu être examiné ; le fond de l'œil présente une dilatation veineuse légère, il n'y a pas d'altération artérielle, ni d'altération de la papille.

Vers 18 heures, plus calme, peu à peu les troubles s'amendent et disparaissent.

Interrogé le lendemain, le malade fait le récit suivant : « J'étais tout trouble, j'avais les yeux réversés, j'éprouvais des tressaillements dans la verge et les parties. J'ai été obligé de me masturber ce matin,

c'était comme si on me tirait dessus (il a de gros complexes sexuels et notamment des obsessions, impulsions à la castration), comme si on voulait me déchirer l'intérieur. C'était une force qui me faisait cela, ça me venait droit au cœur. Je sentais comme un étouffement, un oppressement (*sic*), mon cœur se gonflait. Je repoussais la tentation. La tentation, c'est le flot qui part de la verge et qui ne peut en sortir. Le cœur repoussait la tentation en criant : « Va-t-en. » C'était mon cœur qui me faisait parler et dire : « Arrière ». La tentation est dans le fond de mon corps. Le démon se trouve dans l'esprit, dans le cerveau. Il veut de mauvaises pensées du corps.

« Hier c'était seulement plus fort, mais en temps ordinaire je ressens aussi tout cela.

J'avais des sensations de brûlures et je ne voyais pas de flammes. J'ai vu sur les yeux de mon voisin un aspect méchant. Je n'avais plus de mémoire, mais je vous reconnaissais tous. Le temps m'a paru extrêmement long, c'étaient des journées. »

Un mois après, il dit à ce sujet : « J'étais hypnotisé, tandis que dans les tentations ordinaires j'ai les idées nettes. »

Nous pouvons donc constater que ces expériences de mescalisation n'ont pour seul effet que d'exacerber les troubles habituels sans aucune autre modification. Seule leur intensité varie : « C'est seulement plus fort », nous a dit le dernier malade.

Retenons aussi qu'on observe dans ces mescalinations des phénomènes semblables à ceux que présentent les parkinsoniens encéphalitiques : sialorrhée, akinésie brusque, obsessions-impulsions, qui ne sont peut-être qu'exacerbation des symptômes habituels. Nous avons à noter aussi la dilatation des veines à l'examen ophtalmoscopique qui se trouve dans le parkinsonisme encéphalitique et dans les intoxications mescaliniques. Mais notre but, dans ce travail, n'est pas d'insister sur ce point qui sera étudié dans la thèse que RENONDEAU fait en collaboration avec le D^r EY.

*
**

Ainsi nous sommes amenés à envisager dans le même cadre les états hallucinatoires de la mescaline et de l'encéphalite.

Au point de vue clinique nous pouvons en tirer la conclusion que la mescaline comme l'encéphalite réalise toute une série d'états hallucinatoires qui se distribuent depuis le plan de l'hallucinoïse (phénomènes hallucinatoires isolés, transitoires et à forte esthésie sensorielle) jusqu'à des états hallucinatoires plus complexes (états dysesthésiques ou de dépersonnalisation, états oniroïdes anxieux ou d'action extérieure, états oniriques).

Au point de vue pathogénique, l'étude de ces faits démontre que l'on ne peut pas concevoir l'hallucination sous toutes ses formes et à tous ses degrés (de l'hallucinoïse aux états délirants) comme un phénomène différent de l'illusion. L'hallucination est une illusion maxima qui se forme de prétextes sensoriels ou imaginatifs. Elle construit et vit les éléments dans des ensembles allant de la synthèse perceptive ornementale à la synthèse dramatique.

Enfin le trouble physio-pathologique ne peut être qu'un trouble qui atteint les capacités de synthèse perceptive et les affaiblit. — Qu'il s'agisse d'un trouble comme un scotome, une hémianopsie, le sommeil à ses divers degrés, ce trouble, *condition négative biologique* des troubles psycho-sensoriels, permet à l'illusion hallucinatoire de se former en continuité étroite avec l'activité subconsciente qui constitue l'*aspect positif psychologique* de toute hallucination. C'est ce double mécanisme jacksonien qui nous paraît interpréter le plus correctement les manifestations hallucinatoires de l'encéphalite comme de l'action de la mescaline.

Conclusions

Ayant examiné dans ce travail douze observations d'encéphalitiques chroniques parmi lesquels onze parkinsoniens indéniables, nous avons relevé chez tous ces malades de nombreux troubles psycho-sensoriels qui varient de l'hallucinoses à l'hallucination et s'intègrent dans un psychisme plus ou moins perturbé. Nous avons distingué dans ces troubles psycho-sensoriels trois grands groupes :

- 1) Les hallucinoses.
- 2) Les états d'anxiété hallucinatoire.
- 3) Les états délirants hallucinatoires chroniques.

Dans tous les cas nous avons été frappé par la prédominance visuelle des troubles, par les caractères oniriques et la forte charge affective qu'ils comportent. Nous avons fait ressortir les analogies que présentent ces phénomènes avec les hallucinoses pédonculaires et avec les perturbations que l'on peut observer dans la mescalisation expérimentale, qui, dans des cas semblables à ceux que nous avons étudiés, ne font qu'exagérer les troubles habituels. Nous avons insisté sur la caractéristique essentielle des troubles hallucinosiques, qui est d'être des phénomènes isolés sans conséquence pour la personnalité, troubles souvent critiqués par le malade lui-même mais dont l'élément essentiel est l'isolement dans un psychisme non perturbé, un îlot pathologique sans aucune ramification dans le comportement antérieur ou ultérieur, se différenciant ainsi de tous les autres états hallucinatoires.

Le but que nous nous sommes proposé était non point une étude complète des troubles psycho-sensoriels pour lesquels on retrouve une étiologie encéphalitique, mais nous avons voulu attirer l'attention sur la fréquence de cette étiologie, étant donnée son importance physio-pathologique et thérapeutique.

Vu : *le Doyen,*
G. ROUSSY.

Vu : *le Président de thèse,*
Henri CLAUDE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

Index bibliographique

NOTA : E.L. = encéphalite léthargique.
E.E. = encéphalite épidémique.

- ABRAHAMSON. — Troubles mentaux dans l'E.L. *Journal of nerv. and ment. diseases*, sept. 1920.
- ACHARD. — *Encéphalite léthargique*, Baillière, 1921.
- AIAJOUANINE et COPERVITCH. — Hallucinosse pré-hypnique, automatisme ambulatoire et verbal nocturne, éclipses confusionnelles paroxysmiques chez une malade atteinte d'un syndrome de Parkinson post-encéphalitique, avec syndrome de Parinaud respectant les mouvements automatico-réflexes et crises toniques des membres, à type de crampes vespérales. Soc. de neur. *Encéphale*, 1928, tome II, p. 959.
- ALARMARTINE. — Différentes modalités du début et de la fin de l'E.E. Thèse, Paris, 1920.
- ANDEN. — Behaviour changes supervening upon encephalitis in children. *The Lancet*, 1922.
- AUBRY. — Formes mentales de l'E.E. *Rev. méd. de l'Est*, n° 1, p. 1, 1921.
- BALINT. — *Monatsschrift für psychiatrie*, t. LVIII, p. 102, 1925.
- BARRÉ (J.-A.) et REYS (L.). — Le syndrome parkinsonien post-encéphalitique. *Bull. médic.*, 27 avril 1921, p. 351.
- BARUK et MEIGNANT. — Syndromes hallucinatoires post-encéphalitiques. Soc. de psychiatrie. *Encéphale*, 1929, tome I, p. 210.
- BAUDARD. — Les syndromes parkinsoniens en pathologie mentale. Thèse de Paris, 1934.
- BÉRIEL (L.). — Etats parkinsoniens liés à l'E.E. *Rev. neur.*, juin, 1921, p. 673. Réun. neur. annuelle.
- BÉRIEL (L.). — Les suites de l'épidémie de 1919-1920 et les formes chroniques. *Journal de Méd. de Lyon*, 20 juin 1922.
- BÉRINGER (K.). — *Der Meskalinrausch*, 1 vol., Springer, éd. 1927.
- BERMAN (Gregorio). — *Clinique de l'E.E.* 1 vol., Lutz Ferrando et C°. Ed. à Cordoba, 1929.

- BLANC et DÉNECHAU. — Quatre cas d'E.E. : leur modalité clinique, leur suite après 5 mois d'évolution. *Bull. et mémoires de la Soc. Médic. des Hôpit. de Paris*, 1919, 4 juillet, p. 659-672.
- BLOUQUIER DE CLARET. — La névraxite épidémique. Thèse de Montpellier, 1921.
- LUDO VAN BOGAERT. — Syndrome inférieur du noyau rouge. Troubles psycho-sensoriels d'origine mésentéphalique. *Rev. neur.*, 1924, t. I, p. 417.
- Sur les hallucinations visuelles au cours des affections organiques du cerveau. *Encéphale*, 1926, II, p. 657.
- Crise oculogyres verticales et latérales. Syndrome d'hallucinose. *Journal de neurologie et psychiatrie*, 1927.
- Sur les états hallucinatoires au cours des crises oculogyres de l'encéphalite léthargique. Rapport de la 84^e assemblée de la Soc. suisse de psych. *Archives suisses de neur. et psychiat.*, 1933, p. 321.
- BOND (E.-D.). — Post-encéphalitic, extraordinary and ordinary children. *Journal pediatry*, 1932, p. 310-314.
- BOQUET (H.). — L'encéphalite léthargique est-elle due à une intoxication ? *Monde médical*, tome 36, p. 778-781.
- BRANCHE. — Troubles mentaux consécutifs à l'E.E. Thèse de Lyon, 1922.
- BRIAND (M.) et BOREL (A.). — Un cas d'E.E. avec onirisme nocturne et hypomanie chez un enfant de 9 ans. *Soc. clin. de médecine mentale*, juin 1920.
- BRIAND et POR'CHER. — Séquelles d'E.E. chez un enfant de 10 ans. *Soc. clin. de médecine mentale*, 18 avril 1921.
- Séquelles d'E.E. : troubles du caractère et excitation psychomotrice à exacerbations nocturnes. *Soc. clin. de médecine mentale*, n° 4, avril 1921.
- BRIAND et FRIBOURG-BLANC. — Importance de l'onirisme comme signe de début de l'E.E. *Journal de psychologie*, 1923, p. 585.
- BRIAND et ROUQUIER. — Les formes mentales de l'E.E. *Rapport au Congrès de Strasbourg*, 1920.
- BRIAND. — Les troubles mentaux de l'E.E. au point de vue médico-légal. *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1921, n° 38, p. 286.
- BUZZARD. — Un cas isolé aigu. Parkinsonisme. *The Lancet*, 24 avril 1928.
- BUZZARD et GREENFIELD. — Encéphalite léthargique, ses séquelles, son anatomie pathologique. *Brain*, janvier 1920, p. 305.
- CALLIGARIS et SARTORELLI. — Sindromi isterische, attacchi vegetativi e state allucinatori paranoïdi nella metencefalite. *Il polistico. Sezione medica*, 1927, n° 12, p. 617-624.
- CATOLA (G.). — A propos de l'évolution et du pronostic du parkinsonisme post-encéphalitique. *Rev. neur.*, juin 1921, p. 694.
- CEILLIER (A.). — Parkinsonien post-encéphalitique, neuf fois condamné sans expertise médicale malgré une infirmité extrême et très apparente. *Soc. de psychiatrie. Encéphale*, 1930, I, p. 243.
- CERISE. — Les séquelles oculaires de l'E.E. *La Médec.*, janv. 1922, p. 265.

- CERONI. — L'intoxication mescalinique (auto-expérience). *Rivista sperimentale di frenatria*, 31 mars 1932.
- CHARPENTIER (R.). — Contribution à l'étude des délires toxi-infectieux. L'onirisme hallucinatoire. Ses rapports avec la confusion mentale. *Rev. neur.* 1919, p. 754.
- CHIRAY et LAFOURCADE. — E.E. à séquelles combinées respiratoires, bradytrophiques, psychiques : poliencéphalite basilaire unique ou à foyers multiples. *Soc. méd. des hôpitaux*, 2 mars 1923.
- CLARK (C.-P.). — The ocular disturbances in epidemic encephalitis. *Am. J. Ophth.*, 3^e série, tome 16, p. 606-611, 1933.
- Henri CLAUDE. — Troubles mentaux dans l'encéphalite épidémique. *Encéphale*, 1920, p. 546-551.
- Les suites éloignées de l'E.E. *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 2 mars 1920, p. 215.
- Quelques particularités de l'état mental dans le syndrome parkinsonien. Congrès de neurologie, Paris, 1921.
- Remarques sur les états dits hallucinatoires et leurs rapports avec le fond mental. *Progrès Médical*, 8 juin 1935.
- Etat mental dans le syndrome parkinsonien. *Paris Médical*, 2 octobre 1920.
- H. CLAUDE et J. CUEL. — Trois cas d'E.E. avec examen anatomo-pathologique. *Encéphale*, 1926, I, p. 272.
- H. CLAUDE et DUPUY-DUTEMPS. — Forme céphalique du syndrome parkinsonien avec tachyphémie, troubles oculaires et sympathiques. *Soc. de Neur.*, 2 juin 1921, p. 716.
- H. CLAUDE et H. EY. — Evolution des idées sur l'hallucination ; position actuelle du problème. *Encéphale*, 1932, I, p. 360.
- Hallucinoze et hallucinations. *Encéphale*, 1932, II, p. 576.
- Les états hallucinatoires à type schizophrénique dans l'E.E. et le problème des hallucinations. *Encéphale*, 1933, p. 485-503.
- Troubles psycho-sensoriels et état onirique dans l'E.E. chronique. *Presse Médicale*, 1933, p. 1281-1285.
- H. CLAUDE et J. TINEL et Mme MICHON. — Crises paroxystiques, anxieuses et hallucinatoires et impulsions d'origine encéphalitique. *Soc. de Psychiatrie. Encéphale*, 1929, I, p. 298.
- H. COLIN. — Encéphalite épidémique et tremblement. *Soc. cli. de méd. ment.*, 18 déc. 1922.
- COURTOIS (A.) et Mme Y. ANDRÉ. — Délire hallucinatoire chez une parkinsonienne encéphalitique. *Encéphale*, 1932, II, p. 940.
- COURTOIS et LACAN. — Psychose hallucinatoire encéphalitique. *Encéphale*, 1930, p. 331, *Soc. de méd. ment.*
- COURTOIS et MARESCHAL. — Délire hallucinatoire consécutif à une encéphalite aiguë azotémique. *Soc. Médico-Psychologique, Encéphale*, 1931, II, p. 558.
- COURTOIS et J.-Q. TRELLES. — Un nouveau cas de psychose hallucinatoire de nature encéphalitique. *Soc. clin. de méd. ment., Encéphale*, 1929, t. I, p. 500.
- COUTELA. — Les troubles oculaires dans l'encéphalite épidémique. *Rev. méd.*, p. 181.

- CROUZIN. — Encéphalite aiguë parkinsonienne. *Rev. de Méd.*, 1920, n° 6.
- CRUCHET — *L'encéphalite épidémique*, 1 vol. 135 p., Doin, 1928.
- L'encéphalite épidémique. *Journal de Méd. de Bordeaux*, 10 janvier 1921.
- Pronostic et séquelles de l'encéphalite épidémique. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 11 mars 1921.
- La forme bradykinésique de l'encéphalite épidémique. *Rev. Neur.*, juin 1921, p. 665. Réunion neur. annuelle.
- DARRÉ. — Troubles mentaux chez les parkinsoniens post-encéphalitiques. Thèse, Paris, 1927.
- DAUTREVAUX. — Les troubles oculaires dans l'encéphalite léthargique. Thèse, Paris, 1920.
- DELATER. — Auto-observation d'encéphalite léthargique. *Paris Médical*, 30 octobre 1920, p. 316.
- DELBEKE et VAN BOGAERT. — Le problème général des crises oculogyres au cours de l'E.E. chronique. *Encéphale*, 1928.
- DELMAS (A.). — Du délire onirique au délire d'interprétation. *Annales médico-psychologiques*, 1932, t. II, p. 77.
- DESTOUNIS (G.). — Délire d'interprétation chez un daltonien. *Encéphale*, 1934, t. I, p. 270.
- DEVIC. — Syndrome d'immobilité post-encéphalitique. Parkinsonisme, 9 mois après le début, coïncidant avec secousses myocloniques. *Soc. méd. des hôpitaux de Lyon*, 16 nov. 1920.
- DIDE, GUIRAUD, LAFAYE. — Syndrome parkinsonien dans la démence précoce. *Rev. de Neur.*, 1920, Congrès de Neurologie.
- DONAGGIO. — Nouvelle contribution à l'étude des séquelles d'encéphalites léthargiques. *Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française*. Lille, 1930.
- DRETLE. — Automatisme post-encéphalitique. *Semaine des Hôpitaux*, 1933.
- DUBOURG. — Encéphalite épidémique avec syndrome pseudo-parkinsonien chez un enfant de 10 ans. *Soc. Méd. des Hôpitaux de Bordeaux*, 1920.
- DUPOUY et COURTOIS. — E.E. chronique avec excitation psychique d'allure hypomaniaque et crises convulsives localisées du type épilepsie sous-corticale. *Soc. de Psychiatrie, Encéphale*, 1929, t. I, p. 213.
- DUPOUY, COURTOIS et BOREL. — Délire de jalousie chez un parkinsonien post-encéphalitique. *Ann. Médico-Psychologiques*, 1932, t. II, p. 49-55.
- DUPOUY et HYVERT. — Fugues obsédantes et encéphalite épidémique. *Soc. de Psych., Encéphale*, 1926, t. I, p. 216.
- DUPOUY et PICHARD. — Syndrome hallucinatoire post-encéphalitique. *Soc. Médico-Psychologique, Encephale*, 1931, t. I, p. 55.
- DUVERGER et BARRÉ. — Etudes sur les troubles oculaires dans l'E.E. en général et le syndrome parkinsonien post-encéphalitique en particulier. *Bull. médic.*, 27-30 avril 1921, p. 361.
- Troubles des mouvements associés des yeux chez les tabétiques, les parkinsoniens, dans l'E.E. et chez les labyrinthiques. Essai pathogénique. *Rev. Neur.* 1921, p. 438.

- DUVERNAY. — Séquelles d'E.E. *Soc. Méd. des Hôpitaux de Lyon*, 8 juin 1920.
- ECONOMO (C.). — Die encephalitis lethargica, 2^e édition, 1929.
- Henri ERNST. — Contribution à l'étude clinique des syndromes parkinsoniens consécutifs à l'encéphalite dite léthargique. Thèse, Paris, 1921.
- Henri EY. — Rapport à la 84^e Assemblée de la Société suisse de Psychiatrie. *Archives suisses de Neurologie et Psychiatrie*, 1933, p. 269.
- La croyance de l'halluciné. *Ann. Médico-Psychologiques*, juin 1932.
- Les études de QUERCY sur l'hallucination. *Encéphale*, mai 1932.
- Hallucinations et délires, 1 vol., Félix Alcan, Ed. 1934.
- Henri EY et Julien ROUART. — Essai d'application des principes de Jackson à une conception dynamique de la neuro-psychiatrie. *Encéphale*, 1936.
- FLATAU (Edward). — Sur l'épidémie d'inflammation disséminée du système nerveux en Pologne durant 1928 et sur ses rapports avec l'encéphalite léthargique, les atteintes du système nerveux au cours de certaines maladies infectieuses et les cas aigus de sclérose en plaque. *Encéphale*, 1929, t. II, p. 619.
- FLETSCHER et ROLLESTON. — Somnolence diurne et insomnie nocturne comme manifestation de l'encéphalite léthargique. *Brit. journ. of children's diseases*, avril-juin 1921.
- FLORES (A.). — A propos du diagnostic différentiel des syndromes parkinsoniens post-encéphaliques et de la maladie de Parkinson classique. *Rev. Neur.*, juin 1921, p. 691. *Réun. Neur. annuelle*.
- FGERSTER. — Selbstversuch mit Meskalin. *Zeitschr. f. d. ges. neur. und psych.*, t. CXXVII, n^{os} 1-2, 1930.
- FOIX. — L'encéphalite léthargique. In *Traité de Sergent*, Maloine, 1921.
- FRANCIONI CARLO. — Sur un syndrome mental particulier consécutif à l'encéphalite épidémique. *Policlinico méd. prat.*, 25 avril 1921, n^o 17, p. 575.
- FROMENT (F.). — Le déficit physique dans les états parkinsoniens post-encéphaliques. *Rev. Neur.*, 1921, p. 649, *Réun. neur. annuelle*.
- De la micrographie dans les états parkinsoniens post-encéphaliques et des conditions qui sont susceptibles de la modifier. *Rev. Neur.*, juin 1921, p. 637. *Réun. Neur. annuelle*.
- FROMENT et BERNHEIM. — Etat figé et diplopie, pseudo-séquelles d'une E.E. à évolution prolongée. *Journal de Méd. de Lyon*, 1921, n^o 28, p. 806.
- FROMENT et LACRIVI. — Onirisme actif et encéphalite épidémique. *VII^e Congrès de Neurologie, Encéphale*, 1927, t. II, p. 496.
- FROMENT et MAGNET. — Syndrome parkinsonien, séquelle d'encéphalite léthargique. *Soc. Méd. des Hôpitaux de Lyon*, 7 déc. 1920.
- GARAUD (O.). — Le syndrome catatonique en rapport avec quelques maladies infectieuses. Thèse, Paris, 1929. *Encéphale*, 1929, t. II, p. 746.

- GELMA (E.) et HAMS (Alf.). — Sur le sommeil et les troubles psychiques dans l'encéphalite léthargique. *Ann. de Méd.*, t. IX, p. 17, année 1921.
- GUILLAIN et MOLLARET. — *Les séquelles de l'encéphalite épidémique*, 1 vol., 1932.
- HAMEL et MERLAND. — Séquelles de l'encéphalite léthargique. *Soc. clin. de méd. ment.*, nov. 1921.
- HARMAN. — Troubles psychiques de l'encéphalo-myéélite épidémique. Thèse de Bordeaux, 1920.
- HAUSHALTER. — Forme prolongée d'encéphalite léthargique avec syndrome parkinsonien chez un enfant. *Rev. méd. de l'Est*, 15 déc. 1920, p. 944.
- HEITZ (J.) et VERNY. — Syndrome parkinsonien fruste suite d'encéphalite chez une fillette de 14 ans. *Rev. Neur.*, juin 1921, p. 681. Réun. Neur. annuelle.
- HESNARD. — La psycho-E.E. et les troubles psychiques de l'E. dite léthargique. *Encéphale*, juillet 1920.
- HEUYER et Mlle BADONNEL. — Automatisme mental post-onirique chez l'enfant. *Encéphale*, 1926, II, p. 807.
- HEUYER et LAGACHE. — Syndrome d'influence symptomatique d'une E. Impulsions suicide et homicide. *Ann. Méd.-Psycho.*, 1933, t. II, p. 214-220.
- HEUYER et LE GUILLANT. — Troubles de la conduite et perversion post-encéphalitiques. Considérations médico-légales. *Encéphale*, 1928, t. II, p. 541.
- Psychose encéphalitique. Réactions médico-légales. Automatisme mental d'origine encéphalitique. *Soc. de Psych.*, *Encéphale*, 1929, t. I, p. 203.
- HEUYER et Mlle SERIN. — Syndrome de dépersonnalisation consécutif à une encéphalite épidémique. *Soc. de psych.*, *Encéphale*, 1930, t. II, p. 629.
- HOFSTADT. — Forme spéciale des troubles du sommeil consécutive chez les enfants à l'E.E. *Münchener mediz. Wochenschrift*, 1921.
- Henri HOVEN. — Quelques cas de psychoses post-encéphalitiques. *Jour. de Neur. et de Psych.*, n° 12, déc. 1928, p. 815-821. Analyse in *Encéphale*, 1929, t. II, p. 604.
- IWING J. SANDS. — Amaurose dans l'E.E., Analyse in *Encéphale*, 1932, t. I, p. 274.
- JACQUIN (G.) (de Bourg). — Polymorphisme symptomatique au cours d'une E.E. : algies, myoclonies, zona, crises épileptiformes et syndrome parkinsonien. Quelques considérations sur l'état mental dans le parkinsonisme post-encéphalitique. *Soc. de Neur.*, 7 juillet 1921. *Rev. Neur.*, 1921, p. 843.
- JELLIFFE. — *Psychopathology of forced movements in oculogyric crises*, 1932.
- JUMENTIÉ et VALIÈRE-VALEIX. — Sur un cas d'encéphalite aiguë non purpurée de l'adulte avec névrite optique. Aspect ophtalmologique de stase papillaire, lésions prédominant sur le trajet des voies optiques intra- et extra-cérébrales. *Ann. d'oculistique*, janv. 1923.

- KAHN (Pierre). — Un cas d'encéphalite successivement névralgique, psychique, choréiforme, myoclonique, léthargique avec séquelles héli-myocloniques. *Soc. Méd. des Hôpitaux*, 30 avril 1920.
- Jacques LACAN. — Crises toniques combinées de protusion de la langue et de trismus se produisant pendant le sommeil chez une parkinsonienne post-encéphalitique; amputation de la langue consécutive. *Soc. de Psych., Encéphale*, 1931, t. I, p. 145.
- Jeanne LACASSAGNE. — Les crises oculogyres en pathologie mentale. Thèse, Paris, 1936.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — La phrénoscopie des parkinsoniens. *Congrès de Neur.*, juin 1921. *Rev. Neur.*, p. 651.
- Les troubles psychiques de l'E.E. et syndrome neuro-végétatif chez un parkinsonien encéphalitique. *Id.*, p. 641.
- Les troubles psychiques de l'E.E. *Gazette des Hôpitaux*, avril 1921.
- LAIGNEL-LAVASTINE et R. BONNARD. — Palilalie chez un parkinsonien encéphalitique. *Soc. de Psych., Encéphale*, 1928, t. II, p. 951.
- Ronronnement palilalique chez un parkinsonien. *Id.*, p. 954.
- LAIGNEL-LAVASTINE et Henri DESOILLE. — Conduite à tenir vis-à-vis d'un encéphalitique adulte avec méditations homicides. *Soc. de Psych., Encéphale*, 1928, p. 241.
- LAIGNEL-LAVASTINE et Pierre KAHN. — Psychose encéphalitique et syndrome cyclothymique. *Ann. Médico-Psychologiques*, 1932, t. II, p. 68-73.
- DE LAPERSONNE. — Manifestations oculaires de l'encéphalite léthargique. *Presse Médicale*, 21 juillet 1920.
- LAUTIER (J.). — Séquelles psycho-organiques d'encéphalite. Evolution lente vers la guérison. *Soc. Médico-Psychologique, Encéphale*, 1928, p. 355.
- LEENHARDT et BLOQUIER. — Pseudo-parkinson séquelle d'E.L. *Soc. des scien. méd. et biol. de Montpellier et du Languedoc*, 4 juin 1920.
- LÉPINE (J.). — Diagnostic entre la maladie de Parkinson et le syndrome parkinsonien post-encéphalitique. *Rev. Neur.*, juin 1921, p. 690. Réun. Neur. annuelle.
- LEONHARDT. — Etat de sommeil partiel avec hallucinations au cours du parkinsonisme. *Zeit. für ges. neur. und psych.*, t. CXXXI, 1930, p. 234-248.
- Particularités des états hallucinatoires paranoïdes post-encéphalitiques. *Zeit. für ges. neur. und psych.*, t. CXXXVIII, 1932, p. 780-807.
- LEYSER. — Diagnostic différentiel entre les troubles encéphalitiques et schizophréniques. *Zeit. für ges. neur. und psych.*, t. IC, p. 424.
- J. LHERMITTE. — L'hallucinoze pédonculaire. *Encéphale*, I, p. 422.
- Neuro-biologie de l'hallucination, d'après M. Raoul MOURGUE. *Encéphale*, 1932, II, p. 712.
- Syndrome de la calotte pédonculaire, les troubles psycho-sensoriels dans les lésions du mésocéphale. *Rev. Neur.*, 1922, nov. p. 1359.

- Régulation des fonctions corticales. Le mésocéphale, organe régulateur. *Encéphale*, 1932, p. 57-85.
- L'encéphalite épidémique. Questions neurologiques d'actualité. Masson, 1921.
- Les formes prolongées de l'E.E. *Journal Médical français*, avril 1923.
- LHERMITTE et CORNIL. — Syndrome parkinsonien en apparence à début brusque : origine encéphalitique probable. *Presse Méd.*, 1931, p. 139. *Soc. de Neur.*, 3 février 1921.
- LHERMITTE et G. LEVAY. — Phénomènes d'hallucinoïse chez un malade présentant une torsion et une contracture athétôïde intentionnelles du bras. *Rev. Neur.*, mai 1931, p. 609.
- LIBER (F.-Amour). — E.E. (revue générale). *Gazette des Hôpitaux*, n° 26, 30 mars 1935.
- DE LISI. — Sur le parkinsonisme post-encéphalitique, 1^{er} déc. 1921. *Il policlinico*, t. XXVIII, fasc. 12.
- LORTAT JACOB et HALLEZ. — Séquelles d'encéphalite léthargique, réalisant un syndrome particulier de la calotte pédonculaire. *Soc. Méd. des Hôpitaux*, 26 juillet 1916.
- LUST. — Influence des médicaments pyrétogènes sur les troubles du sommeil post-encéphalitique.
- MACPHAIL. — Mental disorder resulting from Encephalitis lethargica. *Journal mental science*, avril 1922.
- L. MARCHAND. — Démence encéphalitique précoce. *Soc. clin. de Méd. ment, Encéphale*, 1929, t. I, p. 387.
- MARCHAND et BAUER. — Crises d'automatisme paraissant de nature comitiale déterminées par l'audition d'un air de musique. Syndrome parkinsonien. *Soc. clin. de Méd. ment.*, janvier 1926.
- MARCHAND (L.), PICARD (J.) et COURTOIS (A.). — Délire de persécution consécutif à une encéphalite aiguë. Comm. à la Soc. de Méd. Ment. *Encéphale*, 1928, t. I, p. 169.
- MARCHAND et PICHARD (H.). — Syndrome de Parkinson post-encéphalitique. Destruction du locus niger. *Ann. Médico-Psychologiques*. Séance du 14 déc. 1933, p. 716. *Encéphale*, 1934, p. 54.
- Pierre MARIE et G. LÉVY. — Le syndrome de Parkinson dans l'encéphalite léthargique. *Bull. Acad. de Méd.*, 15 juin 1920.
- P. MARIE et TRETIAKOFF. — Anatomie pathologique de l'encéphalite léthargique. *Ann. de Méd.*, 10 janv. 1920.
- Etat de l'hypophyse dans l'encéphalite léthargique, *Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 12 mars 1920.
- MARINESCO. — Contribution à la physiologie pathologique du parkinsonisme. *Congrès de Neur.*, Paris, juin 1921.
- Recherches sur l'action de la mescaline. *Presse Méd.*, 1933, n° 74, p. 1432.
- Visions colorées produites par la mescaline. *Presse Méd.*, 1933, p. 1864, n° 92.
- A propos de l'audition colorée. *Presse Méd.*, 1931, 20 mai, n° 40.
- MARINESCO et DRAGONESCO. — Sur la pathogénie des crises (oculogyres) oculo-céphalogyres chez les parkinsoniens post-encéphalitiques. *Rev. d'Oto-Neuro-Opht.*, 1932, pp. 396-403.

- JACQUES DE MASSARY. — Formes atypiques récentes de l'E.E. *Encéphale*, 1927, t. II, p. 774.
- MASQUIN (P.), MARESCHAL (P.) et ALTMAN. — Psychoses hallucinatoires post-encéphalitiques. *Encéphale*, 1933, t. II, p. 470.
- MASSÉ et BOURGO. — Séquelles motrices et psychiques de l'E.E. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 25 nov. 1921.
- MAY. — L'encéphalite léthargique. In *Traité de Widal*, Masson, 1922.
- MEDEA. — L'encefalite epidemica e la malattia di Parkinson. *Atti della Soc. lombarda di sc. med. e biol.*, 1920.
- MEIGNANT (Paul) et Marcel DAVID. — Syndrome catatonique encéphalitique. *Soc. de Psych.*, p. 799. *Encéphale*, 1929, t. II.
- MENDICINI. — Sur le diagnostic différentiel entre la maladie de Parkinson classique et le syndrome parkinsonien des encéphalitiques. *Rev. Neur.*, 1921, p. 691.
- MEYER. — Über veränderung der persönlichkeit bei chronischer encephalitis. *Klinische Wochenschrift*, 1924, n° 4, p. 137-141.
- MONTAGNE. — Contribution à l'étude des séquelles de l'encéphalite léthargique. Thèse de Montpellier, 1921.
- MONTASSUT, COURTOIS et RUBÉNOWITCH. — Epilepsie et accidents hypoglycémiques chez un parkinsonien traité à l'insuline. *Encéphale*, 1931, t. I, p. 145.
- MOURGUE (R.). — Etude critique sur l'évolution des idées relatives à la nature des hallucinations vraies. Thèse, Paris, 1919.
- Le problème biologique de l'hallucination. *Ann. Médico-Psych.*, octobre 1931, n° 3.
- *Neurobiologie de l'hallucination*. 1 vol., Maurice Lamertin, édit., Bruxelles, 1932.
- MOURIQUAND, LAMY et MARTINE. — Séquelles psychiques de l'encéphalite léthargique chez l'enfant. *Soc. Méd. des Hôpitaux de Lyon*, 7 déc. 1920.
- NAVILLE. — Etude sur les complications et les séquelles de l'E.E. La bradyphrénie. *Encéphale*, n°s 6-7, 1922.
- NETTER. — Les relations entre l'E.E. et la maladie de Parkinson. *Rev. Neur.*, juin 1921, p. 573. Réun. Neur. annuelle.
- PALEANI (O.). — Contribution clinique à l'étude des séquelles de l'E.E. *Riv. ital. di neuro-path. psych. ed elett.*, n° 6, juin 1920, p. 174.
- PALELLA. — Syndrome parkinsonien de l'encéphalite. *Cervello*, 1922, n° 2, p. 1068.
- Mlle PASCAL, J. VIÉ et P. AGASSE. — Impulsions homicides chez une mélancolique intermittente atteinte d'encéphalite. *Soc. de Psych.*, *Encéphale*, 1929, t. I, p. 316.
- PETIT. — Le pseudo-parkinsonisme consécutif à l'encéphalo-myélite épidémique. Thèse, Bordeaux, 1921.
- G. PETIT. — Les formes mentales prolongées de l'encéphalite épidémique. *Bull. et mem. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 22 avril 1921.
- Encéphalite épidémique ayant débuté par un syndrome hébéphréno-catatonique, *Soc. de Psych.*, déc. 1921.
- Considérations générales sur les troubles mentaux et les formes mentales ou psycho-organiques de l'encéphalite épidémique. *Prat. Méd. française*, nov. 1925.

- *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes*, Lyon, 16-21 juillet 1934.
- PETIT et COURTOIS. — Automatisme ambulatorio et parkinsonisme encéphalitique. *Soc. clin. de méd. ment.*, juillet 1928.
- PRGULSKI et GROBEL. — Une forme évolutive particulière de l'E.E. chez les enfants, la forme noctambulique. *Munch med. Wochens.*, n° 15, 15 avril 1921.
- PRUVOST. — Contribution à l'étude du syndrome neuro-végétatif dans les formes parkinsoniennes de l'E.E.
- RATHERY et CAMBESSÉDÈS. — Encéphalite léthargique à évolution prolongée avec recrudescence tardive à type parkinsonien. *Bull. et mem. de la Soc. méd. des Hôpit. de Paris*, 1^{er} juillet 1921, p. 1051.
- RAVIART, COMBEMALE, VULLIEN et ASSOIGNON — Cinq cas de syndrome de Parkinson post-encéphalitique. *Rev. Neur.*, juin 1921, Réun. Neur. annuelle.
- RAYNEAU, MARCHAND et DESHAYES. — Un cas d'encéphalite aiguë à forme mentale. *Soc. clin. de méd. ment., Encéphale*, 1926, t. I, p. 298.
- RÉGIS — Phase de réveil de l'onirisme. *Encéphale*, mai 1911.
- Th. REH. — Agrypnie avec agitation nocturne chez les enfants. *Rev. médicale de la Suisse romande*, 1921.
- RIMEAUD. — Parkinsonisme post-encéphalitique *Soc. des sc. méd. et biol. de Montpellier*, 3 mars 1922.
- Gilbert ROBIN. — Considérations sur les troubles mentaux liés aux formes prolongées de l'E.E. chez l'enfant. Thèse, Paris 1923.
- Séquelles mentales de l'E.E. *Soc. clin. de méd. ment.*, 17 juillet 1922.
- ROGER (H.). — Syndrome parkinsonien post-encéphalitique chez les enfants. *Rev. Neur.*, 1921, p. 677. Réun. Neur. annuelle.
- ROSTAN. — Contribution à la pathologie de l'encéphalite grippale. *VII^e Congrès de la Soc. italienne de Neur.*, *Encéphale*, 1931, p. 243.
- Maria ROSSI. — Les réactions médico-légales chez les encéphalitiques. *Encéphale*, 1926, t. I, p. 399 ; t. II, p. 442.
- ROUHIER (A.). — *Le peyotl.*, 1 vol., G. Doin, édit., 1927.
- ROUSSY. — La couche optique, Thèse, Paris, 1907.
- SAINTON et SCHULMAN. — Le parkinsonisme variable dans l'encéphalite épidémique : parkinsonisme de fatigue et crises parkinsoniennes. *Rev. neur.*, 1921, p. 1066.
- Santos RUBIANO y HERRERA. — Le problème clinique de l'encéphalite épidémique (casuistique et doctrine). Brochure de 80 p. Imprimerie Zola Ascasilar et C^o, Madrid, 1927. Analyse in *Encéphale*, 1927, p. 694.
- SAUVINEAU. — Symptômes oculaires de l'encéphalitique léthargique. *Clin. ophtal.*, mai 1920.
- SAVA. — Recherches sur l'audition colorée et l'intoxication expérimentale par la mescaline. Thèse, Bucarest, 1929.
- Paul SCHIFF. — Délire de possession zoopathique succédant à un délire de grossesse chez un obèse post-encéphalitique. *Soc. méd.-psych. Encéphale*, t. II, p. 469.

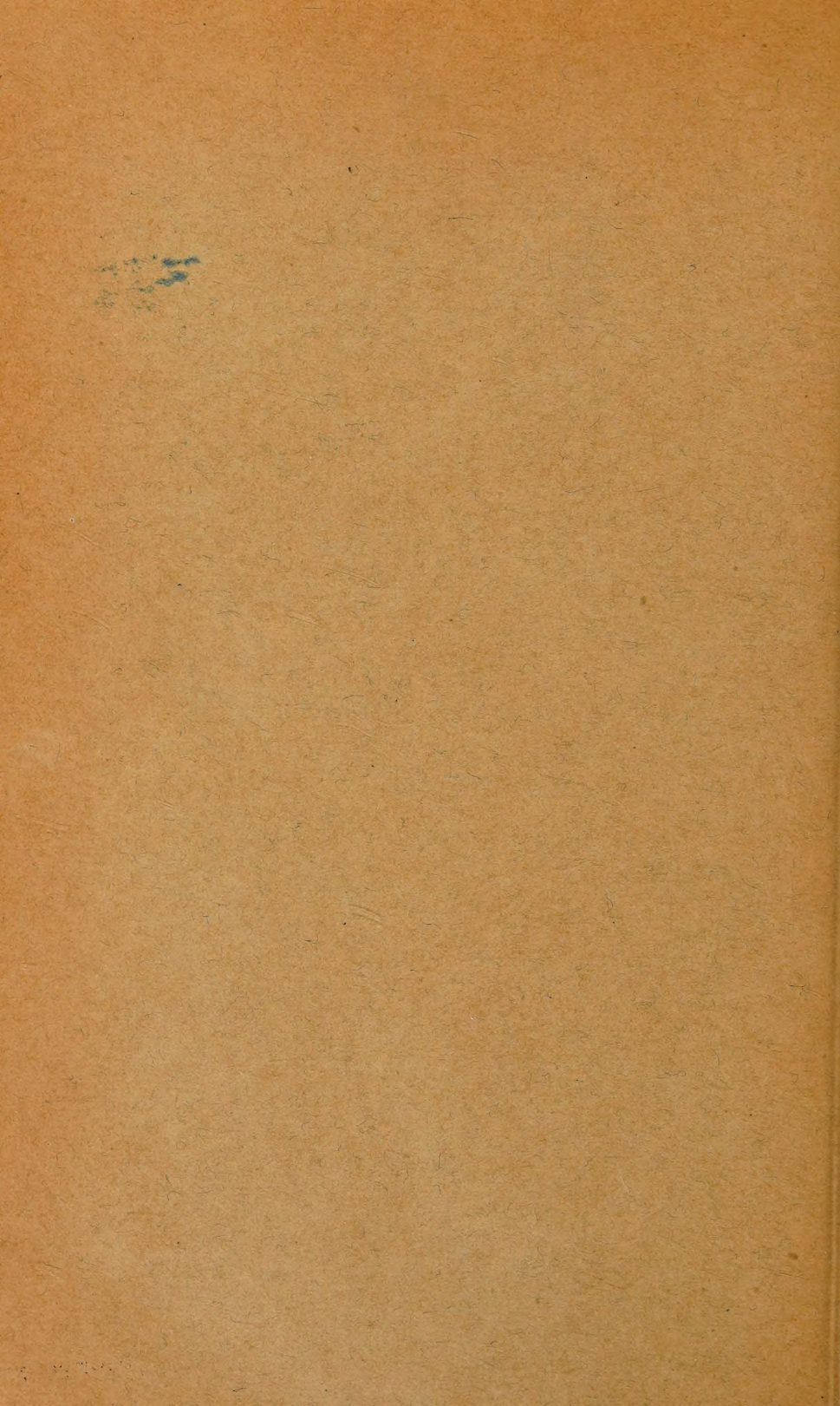
- SCHIFF (P.) et COURTOIS (A.). — Un nouveau cas d'hallucinose fantasmatique de nature encéphalitique. Soc. de psych. Séance du 24 mai 1928. *Encéphale*, 1928, p. 538.
- SCHILDER (P.). — Psychologie d'une encéphalitique. *Zeit. für ges. neur.*, t. CXVIII, 1928, p. 327.
- SEFET et BENET. — Un cas d'encéphalite léthargique. Troubles mentaux et parkinsonisme au cours de la convalescence. *Marseille Méd.*, p. 626, 15 juin 1920.
- SICARD (J.-A.). — Parkinsonisme et parkinson reliquats d'encéphalite épid. *Rev. neur.*, 1920, n° 5, p. 465-470. *Soc. de neur.*, 6 mai 1920.
- SOUQUES (A.). — Un cas de maladie de Parkinson consécutif à l'encéphalite : rôle des émotions vives dans cette maladie. *Soc. de neur.*, 6 mai 1920.
- Des syndromes parkinsoniens consécutifs à l'E.E. *Soc. de neur.*, 3 fév. 1921. *Revue neur.*, 1921, p. 178.
- Présentation de malades atteints de parkinsonisme post-encéphalitique *Rev. neur.*, 1921, p. 689. Réun. neur. annuelle.
- STECK. — Forme délirante et hallucinatoire de l'encéphalite. *Archives suisses de neurologie*, 1927.
- Les syndromes mentaux post-encéphalitiques. *Archives suisses de neur.*, 1931.
- TARGOWLA (R.). — Psychencéphalite à forme anxieuse, dépressive et hallucinatoire avec syndrome parkinsonien fruste : hyperazotémie passagère. *Encéphale*, 1930, t. I, p. 256. *Soc. de méd. ment.*
- TARGOWLA (R.) et OMBREDANNE (A.). — Sur la forme névropathique des psycho-encéphalites. *Soc. de psych. Encéphale*, 1928, p. 838.
- TARGOWLA, OMBREDANNE, Mlle S. NOIREL. — Syndrome vagal dans un cas d'E.E. *Encéphale*, 1930, p. 63.
- A. Terson. — Les hallucinations visuelles chez les ophtalmopathes. *Soc. fr. d'opht. Congrès de mai 1928. Encéphale*, 1931, II, p. 568.
- TEITELBAÜNN. — Hallucinations dans un cas de syndrome parkinsonien encéphalitique après administration de scopolamine. *Revue tchèque de neurologie et psychiatrie*, n° 6, p. 137-143.
- J. TINEL et BARUK. — Syndrome épileptique parkinsonien réalisé par une tumeur cérébrale. Hallucinations auditives, mentisme, troubles du courant de la pensée en rapport avec les crises paroxysmiques de l'hypertension intra-cranienne. *Soc. médico-psychologique. Encéphale*, 1931, t. I, p. 256.
- TINEL et Mme MICHON. — Bouffée hallucinatoire chez une parkinsonienne encéphalitique. *Soc. de Psych. Encéphale*, 1931, t. I, p. 142.
- TRUELLE et PETIT. — Troubles mentaux dans l'encéphalite léthargique. *Congrès des Aliénistes et Neurolog.*, Quimper, août 1922.
- V. VALIÈRE-VIALEIX. — Etude des troubles oculaires sensoriels et des lésions des voies optiques dans les encéphalites aiguës non suppurées et en particulier dans l'encéphalite épidémique. Thèse, Paris, 1935.
- VALIÈRE-VIALEIX et JUMENTIE. — Etude anatomique dans le cas d'E.E. : lésions infectieuses et hémorragies capillaires, localisations au niveau des voies optiques. *Soc. de Neurol. de Paris*, janvier 1923.

- VELTER. — Les troubles oculo-moteurs dans les syndromes parkinsoniens. *Rev. Neur.*, 1921, p. 647. *Congrès de neurol.*, juin 1921.
- VERGER et HESNARD. — L'affaiblissement psychique résiduel des encéphalitiques. *Le Sud médical*, 15 mars 1922.
- VOLSTEIN. — Contribution à l'étude des syndromes hallucinatoires séquelles d'encéphalites. Thèse, Paris, 1932.
- WILSON (K.). — Physiologie pathologique de la rigidité et du tremblement parkinsonien. *Congrès de Neur.*, juin 1921.
- WIMMER (A.). — Suite d'études sur l'encéphalite chronique épidémique, 1 vol. Levin et Munksgaard édit. Copenhague, 1929. Analyse in *Encéphale*, 1929, t. I, p. 501.
- ZADOR (J.). — Meskalinwirkung auf das Phantomglied. *Monatschr. f. psychiatr. u. neurol.*, t. LXXVII, 1930.
- ZALLA. — Les troubles du sommeil : séquelles de l'E.E. *Riv. di patologia ner. e. ment.* n^{os} 11-12, 4 avril 1921.
- ZIVIERI (A.). — Commentaires sur une auto-observation d'hallucinations visuelles au cours d'une infection grippale. *Il Cervello.*, 1933, n^o 2.
- ZUCKER (K.). — Meskalinwirkung bei störungen der optischen systems. *Zeitchr. f. d. ges. neur. u. psychiatr.*, 1930.
- ZUCKER und ZADOR. — Zur Analyse der Meskalinwirkung und normalin. *Zeitchr. f. d. ges. neur. u. psychiatr.*, 1930.
-

Table des Matières

Introduction	11
Historique	13
Faits cliniques <i>hallucinoses</i>	19
I. Troubles hallucinatoires	20
II. Etats d'anxiété hallucinatoire	29
III. Etats délirants hallucinatoires	39
Les hallucinations encéphalitiques et mescaliniques	53
Conclusions	71
Index bibliographique	73

CAHORS, IMP. A. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 54.393



PRINTED IN FRANCE

